



Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização de Gestão em Enfermagem

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no Hospital dos SAMS: Implementação do Processo de Melhoria Contínua da Qualidade no Departamento de Cirurgia

Luísa Maria Fialho Ribeiro

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização de Gestão em Enfermagem

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no Hospital dos SAMS: Implementação do Processo de Melhoria Contínua da Qualidade no Departamento de Cirurgia

Luísa Maria Fialho Ribeiro

Orientador: Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

2012



“Não é a prática que ensina, é a reflexão sobre a prática.”

Zeichner (1993)

AGRADECIMENTOS

Uma dissertação de Mestrado, apesar de ser o resultado de uma atividade essencialmente individual, é sempre, elaborada num determinado contexto e com a ajuda, mais ou menos expressa, de outras pessoas. A todas essas Pessoas que nos fizeram acreditar neste trabalho, queremos de forma sincera, exprimir o nosso bem-haja.

Ao Professor Pedro Lucas, por todos os momentos que nos concedeu na orientação do trabalho, pelo seu saber, pelo estímulo criativo, críticas construtivas e incentivo na procura e descoberta de mais e melhor conhecimento. O desafio constante das interrogações mobilizou-nos numa busca contínua de respostas. Foi a sua disposição construtiva que marcou muitas vezes, a evolução positiva deste percurso.

Ao enfermeiro João Longo, pelo incitamento, análises enriquecedoras e elucidações de ideias, sempre oportunas e pertinentes, que facilitaram a transposição de algumas barreiras com que nos deparámos.

Ao enfermeiro Carlos Hipólito colega e companheiro de mestrado, obrigado pela partilha e pela cumplicidade.

Ao Conselho de Gerência do Hospital dos SAMS, Enf. Supervisor, Enfermeiros do Departamento de Cirurgia onde realizámos este estudo, pela sempre inestimável colaboração, sem a qual não teria sido possível a concretização deste Projeto.

À minha Família pelo seu incentivo e confiança,

A TODOS OBRIGADA.

RESUMO

Na identificação que o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 faz da situação atual quanto à qualidade em saúde, e à semelhança do Plano anterior, identifica uma escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão. A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade torna-se assim fundamental. Com a qualidade enquanto *core* de uma organização de saúde, cabe ao enfermeiro chefe, enquanto gestor de enfermagem, munir-se dos instrumentos adequados e incrementar estratégias favorecedoras de um melhor nível de desempenho e responsabilidade profissional, com direta repercussão nos ganhos em saúde resultantes do cuidado de enfermagem.

Objetivo: Com a realização deste Projeto de Intervenção pretendeu-se desencadear a implementação de um Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade no Departamento de Cirurgia do Hospital dos SAMS.

Metodologia: Para a consecução do presente trabalho, socorremo-nos da Metodologia de Trabalho de Projeto, e de um documento produzido pela Ordem dos Enfermeiros em 2010, - *Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*, que compreende sete dimensões de análise, à luz do qual foi feita a análise das práticas do Departamento de Cirurgia do Hospital dos SAMS. Da aplicação do referido documento, resultou uma grelha – grelha de análise – na qual, são evidenciadas as dimensões suscetíveis de intervenção.

Resultados: Ao nível organizacional, foi envolvida a gestão de topo (Enfermeiro Supervisor), no sentido da necessidade de conceber um documento ancorador das práticas de enfermagem. Sustentados na literatura; no *coaching* obtido de instituições análogas e, ainda, em documentação interna, foi desenvolvido o Quadro de Referência para o Hospital dos SAMS.

Ao nível departamental, destacamos a realização do Quadro de Referência para o Departamento; mobilização da equipa para desenvolver e ampliar o âmbito da avaliação da qualidade dos cuidados a outros indicadores (Dor; Satisfação do Utente; Incidente Críticos); nomeação do Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço e do Enfermeiro de ligação ao PQCE, que se traduziu na realização de diversas formações, designadamente, no âmbito do PQCE e dos indicadores de qualidade anteriormente mencionados.

Conclusões: Em termos gerais, a concretização do presente projeto, foi bastante proveitosa na medida em que, por um lado, despertou a gestão de topo para as questões da qualidade dos cuidados associadas às práticas de enfermagem. De outro, ao nível do departamento, possibilitou a reflexão da equipa sobre as práticas, tendo a mesma constituindo-se como móbil de alargamento do âmbito de intervenção a outras dimensões consideradas pertinentes, designadamente, enquadradas no PQCE e, ao nível das parcerias com as Escolas Superiores de Enfermagem/Saúde. Ao nível pessoal e enquanto gestora da Unidade de Saúde, a consecução deste projeto facilitou o desenvolvimento de “novas competências” que, associadas à motivação, se traduziram num olhar “mais crítico” acerca do nosso contexto profissional, impelindo-nos a intervir e mobilizar recursos no sentido de operar mudança numa área que nos preocupa muito – Qualidade dos Cuidados. Terminamos sublinhando o carácter desenvolvimentista e reformador da metodologia de trabalho de projeto, como ferramenta de intervenção nos contextos de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade, Qualidade em Saúde; Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; Gestão de Cuidados; Satisfação do Utente.

ABSTRACT

The identification made by the National Health Plan 2012-2016 in regard of the quality of health, in accordance to the previous Plan, identifies a lack of focus in regard of quality of culture associated with poor organization of the health services, as well as the lack of indicators regarding performance and support to decisions. In this scenario, it is crucial to implement systems of continuous improvement of the quality. Considering quality as the core of a health organization, the chief nurse, as manager in the realm of nursing, must get hold of the adequate instruments to implement strategies that nurture a better performance level and professional responsibility, to be directly translated into an improvement of health as a result of nursing care services.

Objective: The execution of this intervention project intends to trigger the implementation of a “Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade no Departamento de Cirurgia do Hospital dos SAMS” (i.e. System of Continuous Improvement of Quality in the Department of Surgery in the Hospital of SAMS).

Methodology: The development of this study, was carried out under the Project Work Methodology, as well as a document produced by the “Ordem dos Enfermeiros” (i.e. Association of Nursing Professionals) in 2010, the “Regulamento da Ideoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica” (i.e. Regulation of the adequate formation of clinical practice), that comprises seven dimensions of analysis, under which the practice of the “Departamento de Cirurgia do Hospital dos SAMS” (i.e. Surgery Department of the SAMS Hospital) was analyzed. The implementation of the above mentioned document, resulted in a matrix – analysis matrix – on which the dimensions with room for improvement are emphasized.

Results: On an organizational level, the top management was involved “Enfermeiro Supervisor” (i.e. supervisor nurse), in the sense of the necessity to conceive a document comprising the nursing practices. A “Quadro de Referência para o Hospital dos SAMS” (i.e. Reference Framework to the Hospital of SAMS) was developed based on relevant literature regarding this subject, training provided by similar institutions, as well as internal documentation.

On a department level, we stress that the elaboration of the above mentioned Reference Framework for the Department; the mobilization of the team to develop and extend the scope of the quality evaluation of the cares to other indicators (such as Pain; Costumer Satisfaction; Critical Incidents); the nomination of the responsible nurse for the service training and the liaison nurse to the standard of care in nursing care, that translated in several training sessions, namely, regarding the PQCE as well as the the before mentioned quality indicators.

Conclusions: In general terms, the completion of this Project, was beneficial in the sense that it awakened the top management for issues related to the quality of services related to nursing cares. Furthermore, on a department level, it allowed for the team to reflect their practices, allowing to broaden the scope of the intervention to other dimensions that are considered relevant, namely, those under the PQCE and also regarding partnerships with Nursing and Health Care Faculties. On a personnel level and as manager of the Health Unit (i.e “Unidade de Saúde”) the implementation of this Project allowed for the development of “new competences” that, in association with motivation, translated in a more “analytical approach” regarding our professional context, spurring us to intervene and gather resources so that a change could be made in an area that we deeply care about – Quality of Care. Finally, we stress that the nature of this project work methodology is to be used as a tool of intervention to develop and reform work environments.

KEY-WORDS: Quality, Quality of Care, Quality of Nursing Care, Care Management; Costumer Satisfaction

SIGLAS

CE – Conselho de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPT – Desenvolvimento Profissional Tutelado

DRH – Direção de Recursos Humanos

EPT – Exercício Profissional Tutelado

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ESENF – Escola Superior de Enfermagem

ESS – Escola Superior de Saúde

HQS - Health Quality Service

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PTE – Prática Tutelada em Enfermagem

RAIFCPC – Referencial de Avaliação de Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIFCPC – Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica

SAMS – Serviços de Assistência Médica e Social

SBSI – Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	5
1 QUALIDADE EM SAÚDE	7
2 MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM	17
3 INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	22
PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO	27
1 CARACTERIZAÇÃO DOS SAMS.....	29
2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	31
3 INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DE TRABALHO	35
3.1 Objetivos	35
3.2 Desenvolvimento do Projeto.....	36
3.2.1 Quadro de Referência da Organização para o Exercício Profissional no Departamento	36
3.2.2 Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros ...	39
3.2.3 Política de Formação Contínua de Enfermeiros.....	39
3.2.4 Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem	42
3.3 Limitações do Projeto	43
3.4 Sugestões de Trabalhos Futuros	43
REFLEXÃO FINAL	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
Apêndice I – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais	63
Apêndice II – Caracterização dos SAMS	67
Apêndice III – Rede de Ambulatório dos SAMS.....	71
Apêndice IV – Organograma do Departamento de Cirurgia dos SAMS	77
Apêndice V – Ata da reunião com os Chefes de Equipa de Enfermagem do Departamento de Cirurgia .	81
Apêndice VI – Ata da reunião com o Enfermeiro Supervisor e Conselho de Gerência do Hospital dos SAMS	85
Apêndice VII – Autorização do Conselho de Gerência do Hospital dos SAMS	89
Apêndice VIII – Grelha de Análise	93
Apêndice IX – Quadro de Referência para o Hospital dos SAMS	103
Apêndice X – Quadro de Referência para o Departamento de Cirurgia	111
Apêndice XI – Questionário de satisfação dos utentes do Departamento de Cirurgia do Hospital dos SAMS	123

Apêndice XII – Registo de incidentes críticos	133
Apêndice XIII – Flyer das diversas ações de formação sobre a “Dor, enquanto 5º sinal vital”	137
Apêndice XIV – Protocolos de Analgesia	141
Apêndice XV – Norma de Avaliação, Controle e Registo da Dor	171
Apêndice XVI – Nomeação do Enfermeiro Dinamizador dos PQCE	185
Apêndice XVII – Flyer das diversas ações de formação no âmbito dos PQCE.....	189
Apêndice XVIII – Nomeação do Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço.....	193
Anexo I – Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica	199

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Tríade base da qualidade em saúde	11
Quadro 2 – Sete pilares da qualidade dos cuidados de saúde	11

INTRODUÇÃO

Face ao contexto político e socioeconómico que se faz sentir a nível nacional e internacional, a qualidade, diminuição de custos, eficácia e eficiência são palavras comumente ouvidas por parte dos gestores e administradores das diferentes organizações, não constituindo a área da saúde exceção.

A qualidade nos serviços de saúde deverá assim, ser assumida por todos como um caminho a percorrer e uma meta a ser atingida. Silva (2001) afirma que a qualidade é hoje universalmente reconhecida como a satisfação das necessidades explícitas e implícitas do utente, a custos adequados e tornou-se num imperativo para todas as organizações de saúde, pela necessidade de contenção orçamental, pelo maior nível de exigências do cidadão e pela diversidade de bens e serviços que presta à comunidade. Assim, a qualidade em saúde precisa do compromisso de todos na implementação de práticas sistemáticas de gestão que conduzam à satisfação dos seus clientes, dando particular atenção à melhoria contínua dos processos organizacionais.

Com a qualidade como razão de ser de uma organização, cabe ao enfermeiro chefe, enquanto gestor de enfermagem, pelo impacto que pode ter na promoção da qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem, *“incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados”*, bem como *“planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, acções que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respectiva avaliação”* (Artº 8, nº 1 alíneas f) e g) do Decreto-Lei nº 437/91). De facto, é consensual que os gestores de enfermagem desempenham um papel crítico na governação clínica, podendo o seu comportamento e desempenho refletir-se na saúde das pessoas, no desempenho profissional dos enfermeiros e mesmo de outros profissionais. Pedersen (1993, citado em Oroviogicoechea, 1996) identifica alguns aspetos que o tornam tão relevante: ocupa uma posição essencial para ligar a administração da organização aos prestadores de cuidados, uma posição essencial para facilitar e assegurar a qualidade dos cuidados e uma posição central para concretizar os objetivos da organização, para além do tempo de contacto quer com os utentes quer com os componentes da equipa multidisciplinar.

Projetar um trabalho/experiência a realizar em determinado contexto é tão importante como realizá-lo, na medida em que assegura, quando corretamente elaborado, a transmissão e valorização dos resultados do que foi investido para a prossecução dos objetivos. Assim, tendo o supra-citado como premissa, este Projecto de Intervenção foi desenvolvido em contexto de trabalho, nas áreas da gestão de cuidados e da qualidade, no Departamento de Cirurgia do Hospital dos Serviços de Assistência Médica e Social (SAMS), onde desempenhamos funções enquanto gestora do mesmo.

Projeto, parafraseando Barbier (1993:52) *“não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma «ideia», é o futuro a «fazer», um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto”*. A organização e a realização do trabalho em moldes de projeto, é

hoje indispensável nas mais diversas esferas de atividade profissional, possibilitando a gestão das melhores estratégias, a realização de estudos e a coordenação de esforços de vários intervenientes e de elevada importância para as instituições, serviços, profissionais das diferentes áreas e mesmo da comunidade a quem prestamos cuidados, na medida em que se assemelha às lógicas do trabalho. Por isso, os enfermeiros gestores devem detetar oportunidades na utilização da metodologia, de forma a atingir níveis de qualidade desejáveis.

A qualidade dos cuidados exige reflexão! Neste sentido, as razões da nossa escolha radicam na nossa visão da profissão, por conseguinte, na conceção de que a prestação de cuidados de qualidade em enfermagem, deverá ter como finalidade única, a promoção do bem-estar da pessoa e, consequentemente, da sua satisfação enquanto “*ser único com dignidade própria e direito a auto-determinar-se*” (OE, 2001:6), cabendo ao enfermeiro gestor ser empreendedor e mobilizar todos os recursos necessários de modo efetivo e eficiente, tomando como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue.

Assim, com a realização do presente Projeto de Intervenção, para além de responder a uma solicitação académica, aprofundar conhecimentos e desenvolver competências especializadas na área da gestão em enfermagem, pretendemos *implementar um processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no Departamento de Cirurgia do Hospital dos Serviços de Assistência Médica e Social*.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se organizado em duas partes. A Parte I apresenta um enquadramento teórico geral que compreende, a moldura conceptual sob a qual perspetivamos a fundamentação teórica da problemática da qualidade em saúde e da importância do contributo da qualidade dos cuidados de enfermagem, para a mesma. Apresenta-se ainda, os modelos e teorias ancoradores do cuidar em enfermagem, bem como os diferentes instrumentos de regulação emanados pela OE. A Parte II, perspetiva o Projeto de Intervenção propriamente dito, que se divide em três grandes capítulos. No primeiro capítulo caracteriza-se o contexto onde ocorreu o presente trabalho – Organização SAMS e Departamento de Cirurgia. No segundo Capítulo revelamos o diagnóstico de situação, do qual emerge a pertinência, as dificuldades sentidas e as prioridades estabelecidas no desenvolvimento do Projeto.

No Capítulo terceiro, explicitam-se os objetivos, e faz-se a apresentação/discussão das atividades desenvolvidas, bem como as limitações e sugestões decorrentes do Projeto.

Terminamos com uma reflexão final acerca do trabalho desenvolvido na qual é apresentada uma síntese das ideias mais significativas, e fazemos a avaliação dos objetivos e dos aspetos facilitadores e dificuldades sentidas. Por último, são apresentadas as referências bibliográficas. Este trabalho contém ainda, alguns apêndices e anexos, por nos parecerem úteis na compreensão detalhada das abordagens efetuadas.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Nesta primeira parte do Projeto de Intervenção em Contexto de Trabalho efetuámos um enquadramento teórico geral do mesmo. Qualidade em Saúde é uma tarefa não exclusiva dos enfermeiros, porém a implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade nas organizações de saúde/serviços não dispensa o envolvimento deste grupo profissional. Procurámos assim, evidenciar o contributo dos enfermeiros para a qualidade em saúde, sustentados nas teorias disponíveis, nas competências profissionais de generalista e especialista e, ainda, nos instrumentos de regulação da profissão.

1 QUALIDADE EM SAÚDE

“Words, Words, Words...” Desde Shakespeare, passando por qualquer outro autor menos original, já se sabe que é possível utilizar o mesmo termo para definir objetos e conceitos diferentes. Raros interlocutores perceberão a armadilha (intencional ou não) e ainda menos relatarão o que perceberam. O termo “qualidade” é, por natureza, um conceito ambíguo e escorregadio, porém cada vez mais frequente: fala-se em qualidade de um produto, qualidade de um serviço, qualidade de ensino, qualidade de vida. As pessoas tornaram-se mais exigentes e sensíveis para pormenores anteriormente descurados.

Conceptualizar “Qualidade”, não é tarefa fácil, face à subjetividade do conceito. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa, Qualidade do latim “*qualitas*” pode significar variadíssimas coisas: “*Maneira de ser; boa ou má de uma coisa; superioridade, excelência; aptidão, disposição feliz; talento, bons predicados; título, categoria; aquilo que caracteriza uma coisa; carácter, índole; casta, espécie; condição social, civil, jurídica; atributo, modalidade, virtude, valor*”. Em síntese, no léxico da língua portuguesa, qualidade é definida como propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras; valor; distinção; plano elevado.

Em termos mais gerais, o conceito de qualidade poderá ter várias leituras semânticas conforme é utilizado por políticos (pretende-se a satisfação da população); gestores (preocupação com os gastos); prestadores de cuidados (boas condições de trabalho onde são incluídos recursos humanos e materiais suficientes) ou clientes (facilidade de acesso aos cuidados, relações interpessoais gratificantes, em termos gerais – satisfação do cliente).

A noção de qualidade foi introduzida em 1957 por Feigenbaum (1986), posteriormente sucederam-se várias abordagens e autores como Deming, Juran e Crosby (Landesberg, 1999). Juran (1974, citado em Landesberg, 1999) define qualidade em termos de adequação de um produto/serviço à sua utilização pretendida - “*qualidade é adequação ao uso*”, centrando-se, desta forma, na perspetiva do seu potencial utilizador.

Deming (1986, citado em Landesberg, 1999), considerado no Japão o pai do controlo da qualidade, afirmou que a qualidade é uma atividade estratégica que deve começar nos órgãos de gestão. Na sua

teoria enfatiza o papel da gestão de topo no desencadeamento de esforços individuais que elevem a qualidade dos serviços. Este autor, desenvolveu um método de abordagem sistemática para a resolução de problemas, conhecido por «Ciclo PDSA de Deming», que integra as seguintes etapas: i) *Pan* - diagnosticar as causas dos problemas e definir um plano de ação corretivo e preventivo; ii) *Do* - implementar as ações planeadas, modificando os processos; iii) *Study* - verificar/medir o impacto e a eficácia do plano e iv) *Act* - alterar/melhorar o plano para alcançar os objetivos e resolver os problemas detetados.

Crosby (1979 citado em Zairi e Baidoun, 2004) introduziu a ideia de que a qualidade é grátis. Para este autor o investimento é compensatório, desde que se garanta que o processo terá sucesso à primeira. Para isso é necessária uma gestão eficaz dos recursos humanos e criar uma consciência coletiva de qualidade.

Com o passar dos anos, a qualidade deixou de ser um aspeto do produto e/ou serviço e da responsabilidade de um departamento específico, passando a constituir uma missão da organização, abrangendo, como tal, todos os aspetos da sua operação. A “*qualidade total*” pratica uma abordagem holística, trabalhando horizontalmente e cruzando todas as áreas funcionais da instituição. Em termos práticos, a “*gestão pela qualidade total*” pode ser descrita como tendo o enfoque no cliente, sendo um trabalho em equipa (empowerment) e melhoria contínua (Zairi e Baidoun, 2004).

Ishikawa (1985 citado em Zairi e Baidoun, 2004) define gestão da qualidade total como o desenvolvimento, a produção de um produto e/ou serviço, da forma mais económica, útil e satisfatória para o consumidor, tendo desenvolvido vários instrumentos para o controlo da qualidade, designadamente: diagramas de causa/efeito; histogramas; folhas de controlo; diagramas de escada; gráficos de controlo e fluxos de controlo.

A implementação do sistema de “gestão pela qualidade total” implica tempo para integrar os princípios da qualidade e para selecionar as técnicas apropriadas à cultura da organização (Goetsh e Davis, 1994, citado em Psychogios e Priporas, 2007). Nesta lógica, o cliente é o recetor final de um produto ou serviço, resultado de uma série de processos que envolvem diferentes colaboradores. Todos os que participam em cada um destes processos contribuem para a qualidade final do produto ou serviço que o cliente recebe (Zairi e Baidoun, 2004).

O conceito de qualidade não apresenta uma significação consensual sendo, por isso, difícil de definir. Analisando a literatura sobre o tema é possível encontrar inúmeras abordagens, o que leva Vuori (1991:3) a afirmar que, “(...) o termo *qualidade* geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados que incluem a efetividade, eficácia, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica”. No contexto dos sistemas europeus de saúde, por exemplo, foram identificadas 60 diferentes abordagens do tema da qualidade dos serviços de saúde (Quinti, 2001).

Como foi possível verificar anteriormente, o conceito de qualidade não é simples, nem unívoco, mas complexo e polivalente. A complexidade da qualidade depende de vários fatores:

- a) em primeiro lugar, é preciso assinalar a complexidade da mesma conceção de saúde que, após as críticas ao processo de medicalização da vida (Illich, 2005; Engel, 1977; Eisenberg e Kleinman 1981), considera a pessoa na sua unidade e integridade bio-psíquica, incluindo os aspetos espirituais, relacionais e sociais;
- b) tal complexidade é reforçada pela variedade de atores que agem no âmbito dos sistemas de saúde e pela diversidade dos pontos de vista: clientes, cidadãos, diferentes profissões e categorias; administradores dos serviços; indústrias farmacêuticas; produtores de tecnologias na área da saúde; Faculdades de Medicina e Escolas Superiores de Enfermagem e da Saúde; associações de consumidores e de defesa dos direitos dos clientes; políticas de saúde e da educação em saúde. Cada uma destas determinantes, expressa pontos de vista diversos acerca da qualidade em saúde, a partir da própria posição, ideais e interesses particulares (Serapioni, 1999);
- c) a pluralidade de abordagens e metodologias de análise da qualidade depende, também, do carácter, intrinsecamente, multidimensional do conceito de qualidade (Uchimura e Bosi, 2002). Nesse sentido, a OMS considera que uma assistência qualitativamente adequada deve incluir, pelo menos, os seguintes elementos: qualidade técnica; uso eficiente dos recursos; controlo dos riscos oriundos das práticas clínicas; acessibilidade aos cuidados de saúde e aceitabilidade por parte dos clientes;
- d) é preciso também focar as peculiaridades das ações de saúde que não produzem bens, mas serviços que incluem uma ampla componente de trabalho imaterial com acentuada personalização e relação com exigência de rapidez das decisões e ações (Ortigosa, 2000). Diferentemente do que acontece numa empresa industrial, o produto nos serviços de saúde é o resultado do contacto direto entre profissionais e clientes e das ações e interações que constituem essa relação. No âmbito da saúde o cliente desempenha um duplo papel: é consumidor de cuidados, mas também, seu co-produtor;
- e) finalmente, a conceção de qualidade é condicionada por fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais. “De cultura a cultura” – ressalta Donabedian (1990: 113) – *“mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e, conseqüentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção”*.

Todos esses fatores de complexidade enriqueceram o conceito de qualidade em saúde, mas, ao mesmo tempo, tornam-no de difícil definição. Por essa razão, muitos estudiosos preferem evidenciar uma série de dimensões da qualidade, ao invés de correr o risco de adotar interpretações restritivas (Ranci Ortigosa, 2000). Nesse sentido, vale a pena lembrar algumas leituras redutoras da qualidade, ainda

comuns no campo da saúde, que têm contribuído para deformar a realidade que se pretende analisar. Faz-se referência à qualidade entendida como eficácia técnica, preocupada exclusivamente com os aspetos diagnósticos e terapêuticos; ou a qualidade interessada somente nos aspetos relacionados aos gastos com saúde; ou, ainda, a qualidade que considera somente as percepções dos pacientes, reduzindo a avaliação da qualidade a uma mera sondagem de opiniões, excluindo, assim, a perspetiva de análise dos outros atores envolvidos no processo. A qualidade em saúde não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspetos mencionados, mas é o resultado de uma profícua integração e conexão entre eles. Para Cipolla *et al.* (2002:15), a complexidade do conceito de qualidade em saúde pressupõe *“uma abordagem analógica e não digital”*. Por outras palavras, sublinha o autor, *“a questão da qualidade em saúde é ligada a um problema de gradação e não de presença/ausência”*. Por exemplo, pode-se encontrar um serviço de saúde com uma elevada qualidade técnica, mas com uma baixa qualidade relacional, ou vice-versa. Para isso, insiste o autor, a mesma mensuração da qualidade deve prever a possibilidade de gradação e basear-se, portanto, numa multiplicidade de informações.

Ao longo dos anos, o conceito geral de qualidade tem vindo a influenciar o conceito de qualidade em saúde, assim como o conceito de qualidade dos cuidados de enfermagem (Pereira, 2009). O Instituto de Medicina dos EUA, referenciado por Pereira (2009:80), define a qualidade em saúde como *“(...) o grau em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações promovem os resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional mais actual”*.

Segundo Bewick (1994, citado em Ribeiro, *et al.*, 2008:3), para a melhoria contínua da qualidade são essenciais os seguintes pontos de ação: (i) Os esforços para conhecer cada vez mais a fundo o utente e ir associando constantemente esse conhecimento às atividades diárias das organizações; (ii) Os esforços para modelar a cultura das organizações, principalmente através da ação dos líderes, no sentido de promover o brio, a alegria, a colaboração e o pensamento científico; (iii) Os esforços para aumentar de forma continuada os conhecimentos acerca do controlo da variação dos processos de trabalho, através da utilização generalizada de métodos científicos de recolha de dados, análise e ações daí derivadas”.

Segundo a OMS (1986, citado em Roemer, *et al.* 1988) uma prestação de cuidados qualitativamente adequada deve considerar os seguintes elementos: (i) Qualidade técnica; (ii) Uso eficiente dos recursos; (iii) Controlo de riscos; (iv) Acessibilidade dos cuidados; (v) Aceitabilidade por parte dos utentes. Para Biscaia (2000:10) prestar um serviço de qualidade em saúde consiste em *“assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos.”* De acordo com Pereira (2003:3) *“para qualquer utente é fundamental perceber a qualidade. Este é talvez um conceito que se entende que seja mais valorizado na saúde do que noutra área, por se tratar de um bem essencial que é a vida de cada um de nós”*.

Donabedian (2003, citado em Pereira, 2009) menciona que os processos de desenvolvimento e melhoria da qualidade em saúde têm como base um conjunto de elementos que podem ser utilizados como orientadores para a qualidade. Os elementos referidos pelo autor são: determinar o que monitorizar, definir a abordagem a utilizar, considerar os *standards* e critérios de qualidade, construir e implementar sistemas de monitorização de qualidade e aplicar medidas de promoção da qualidade. Tendo em conta as premissas anteriores, importa sublinhar que o autor já havia definido, em 1990, a tríade base da qualidade em saúde, os conceitos de estrutura, processo e resultado que seguidamente se apresenta:

Quadro 1 – Tríade base da qualidade em saúde

Tríade base da qualidade em saúde	
Estrutura	Engloba os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.
Processo	Engloba atividades que envolvam profissionais de saúde e utentes. A sua análise pode ser sob o ponto de vista técnico ou administrativo. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspetos éticos e da relação médico/profissional/equipa de saúde – utente.
Resultado	Refere-se ao produto final dos cuidados prestados, considerando a saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Baseado em “La dimensión de la evaluación y garantía de la calidad”, de Donabedian (1990).

O mesmo autor definiu ainda os sete pilares da qualidade dos cuidados, conforme pode ser observado no quadro seguinte:

Quadro 2 – Sete pilares da qualidade dos cuidados de saúde

7 Pilares da qualidade dos cuidados de saúde	
Eficácia	O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis.
Efetividade	Grau em que a qualidade do cuidado é maximizada nas condições disponíveis
Eficiência	Medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada
Otimização	Relação do aumento de benefícios com os custos acrescidos
Aceitabilidade	Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos utentes e das suas famílias
Legitimidade	Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e dos seus benefícios entre os membros de uma população

Baseado em “La dimensión de la evaluación y garantía de la calidad”, de Donabedian (1990).

A qualidade em saúde desenvolveu-se, conceptual e metodologicamente, a partir dos estudos pioneiros de Donabedian (1986), sendo ele considerado o fundador do conceito “Quality Assurance”.

Sucessivamente, ao longo dos anos, foram desenvolvidas *guidelines* para monitorizar e avaliar a qualidade dos cuidados de saúde.

Na década de 70, a necessidade de um sistema de qualidade foi identificada pela OMS Europa, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, Meta 31, e pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, referindo-o como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo de melhoria contínua (Carvalho *et al.*, 2008).

Esta preocupação surgiu associada quer ao significativo avanço da tecnologia e do próprio contexto social, quer à exigência de melhores resultados e ao aumento dos custos dos cuidados de saúde, o que implicava uma avaliação dos respetivos serviços. A partir da década de 80, a qualidade em saúde passou a ser um aspeto considerado, sistematicamente. Conforme refere Couto e Pedrosa (2003) a questão da garantia da qualidade era a tónica da discussão dos rumos da medicina. Contudo, até metade dos anos 80, o debate sobre a qualidade na saúde focava-se na capacidade dos profissionais da saúde de escolher as práticas assistenciais consideradas mais adequadas ao progresso do conhecimento técnico-científico – qualidade técnica.

A OMS começou a desenvolver programas de garantia da qualidade nos serviços de saúde, sendo uma das suas principais preocupações (Vuori, 1982). Todavia, na prática consolidou-se uma maior preocupação por considerações referentes a custos e recursos dos serviços de saúde, que puseram em primeiro plano a avaliação do custo - efetividade (OMS, 1988). Mas, devido à exigência dos mercados, o discurso sobre qualidade na saúde voltou a ser prioritário na agenda das organizações internacionais e dos governos nacionais. Várias razões motivaram o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade dos cuidados de saúde, entre as quais se destacam (Shaw e Kalo, 2002): (i) Ineficiências e custos altos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; (ii) longas listas de espera; (iii) insatisfação dos utentes; (iv) acesso desigual aos serviços de saúde; (v) desperdícios associados a práticas ineficazes.

A partir do final dos anos 80, o setor da saúde passou a considerar também os aspetos organizacionais e de gestão dos processos de saúde, orientados para a satisfação das expectativas dos utentes já preconizados pelo setor industrial (Giarelli, 2002), sendo que, atualmente, a qualidade em saúde utiliza conceitos e metodologias desenvolvidas pelo setor industrial. A este respeito, Mezomo (2001) ressalta que a qualidade na saúde, nos dias de hoje, tem por base a filosofia da melhoria contínua da qualidade associada à gestão pela qualidade total, já adotada na indústria há cinquenta anos com excelentes resultados. Em consonância, Florentim (2006:15) refere que “(...) a gestão pela qualidade total assume, cada vez mais, um papel fundamental na saúde”. Salientam ainda que “(...) esta filosofia de gestão caracteriza-se, essencialmente, pela sua focalização nos utentes e pela excelência, efetividade e eficiência

dos serviços". No entanto, importa referir que entre o setor da saúde e da indústria co-existem várias diferenças. Segundo Sale (1998), uma das diferenças associa-se à falta de conhecimento suficiente, por parte dos utentes, para julgar a qualidade técnica dos cuidados de saúde. Para Pisco e Biscaia (2001:43) a qualidade em saúde é revestida de características diferenciadas, tais como: *"(...) satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais; é pró-ativa para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; tem de integrar, como atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade."*

Num período de aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, com consequente aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde, em que todas as atenções se centram nos resultados e no uso adequado dos recursos disponíveis, as metodologias de melhoria contínua de qualidade constituem um atributo essencial, revelando ser uma necessidade e exigência na perspetiva dos vários stakeholders – clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos.

Para a OMS (1986), por garantia de qualidade entende-se o resultado da medição do atual nível de serviços prestados, mais o esforço para modificar, quando necessário, a prestação desses cuidados à luz dos resultados dessa medição. Múltiplos são os fatores que influenciam a qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente técnicos, financeiros, económicos, sociais e éticos. São, portanto, meios fundamentais para assegurar que os cuidados sejam adequados, respondendo às necessidades das pessoas e das famílias, coordenados e integrados com a garantia de qualidade. Não podemos nunca ter da saúde uma visão puramente economicista, dado que, nesta área, para além dos princípios que norteiam o desenvolvimento económico e social, devem também prevalecer os princípios humanistas, visando a saúde dos cidadãos, o seu bem-estar, portanto, a sua satisfação (Escoval, 2003). No essencial, os objetivos de uma política de qualidade devem ser estabelecidos com base nas expectativas e nos desejos dos clientes e da comunidade.

Segundo Santos (2002), ainda hoje não é claramente visível a centralidade no cidadão, pois muitas das vezes, a política de saúde assenta em regras e orientações de carácter normativo, que têm como grande objetivo preservar os serviços de fatores contingenciais, inerentes às especificidades de planos assistenciais adaptados às necessidades individuais, podendo-se concluir que os serviços organizam-se em função de si próprios.

A inexistência de uma rede de serviços de saúde de carácter social que garanta, de uma forma eficaz e eficiente, o *continuum* de cuidados, acompanhando cada indivíduo ao longo do seu ciclo de vida, e a falta de concretização de objetivos estratégicos que permitam a sua operacionalização aos diferentes níveis, com evidência nos resultados, em termos de ganhos em saúde e baseados na participação, no comprometimento e na responsabilização dos profissionais nesses resultados, condiciona diretamente o progresso desejado por todos. Esta posição é reforçada pelo Observatório Português dos Sistemas de

Saúde (2012), mencionando a falta de dispositivos de análise e direção estratégica que enquadrem os atores da saúde, a falta de concretização de modo concertado das medidas já socialmente negociadas, politicamente assumidas e, legalmente em vigor, assim como a desresponsabilização da administração da saúde aos diferentes níveis, acabando por agravar as disfunções do sistema. Tais fatos provocam grande variabilidade não só a nível dos resultados obtidos, mas também na prestação dos próprios cuidados de saúde. Enquanto variações na clínica podem ser compreensíveis, dado alguns condicionalismos (culturais locais, diferenças económicas), variações de resultados obtidos em condições práticas semelhantes já são questionáveis. Por isso muitas decisões clínicas parecem ser arbitrárias, altamente variáveis sem qualquer explicação lógica, o que pode representar para alguns utentes, cuidados de pior qualidade ou até mesmo prejudiciais. Importa, pois, proceder à identificação dessas variações, de modo a estabelecer uma orientação estruturada e sistemática sobre as prioridades a seguir, permitindo uma melhoria contínua da qualidade. Esta pode ser construída a partir de procedimentos e recursos já existentes, tendo em conta a criação de condições ideais para uma maior rapidez e capacidade de resposta às necessidades das pessoas, com o mínimo de inconvenientes para elas (satisfação dos utentes) e a eficiência e efetividade dos serviços, passando pela motivação e estado de espírito dos profissionais.

Os hospitais são entidades prestadoras de cuidados que ocupam uma posição central no sistema de saúde e, por isso, neles se concentram e, por vezes, se esgotam os recursos financeiros, tecnológicos e humanos. Contudo, constata-se, ainda assim, não responderem às reais necessidades de uma população que afinal os suporta com a sua contribuição fiscal. Quem paga a saúde toma consciência de que tem direito de acesso à informação e aos cuidados de saúde, a optar de acordo com as suas preferências e a estar representado, efetivamente, nas decisões que lhe dizem respeito. Tem ainda direito a que sejam prestadas contas (Escoval, 2003).

Esta ideia é reforçada por Santos (2002) que considera que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) é uma estrutura pesada, burocratizada e cara, centrada nos hospitais, cuja atividade é fortemente condicionada pelos serviços de urgência que lhe inflacionam os custos e lhe constroem o funcionamento e a produção. Acrescenta, ainda, que o SNS está centralizado na atividade do médico, considerado individualmente ou como serviço, e não na equipa. Desta forma não se criam as sinergias desejáveis, não provocando os ganhos de eficiência possíveis, não evidenciando os contributos dos diferentes intervenientes. Às instituições de saúde compete adequar recursos, criar estruturas que propiciem um exercício profissional de qualidade e desenvolver esforços no sentido de proporcionar condições e ambientes favoráveis ao desenvolvimento dos profissionais.

Mais recentemente, procura-se evoluir para a gestão de qualidade total, que engloba o conceito de melhoria contínua da qualidade, consistindo em dirigir todos os esforços da organização para a melhoria do processo e para a prevenção de problemas, eliminando, desta maneira o custo de os corrigir.

Assegura que todos estão conscientes do modo como o seu trabalho, o seu desempenho, tem um efeito na satisfação das necessidades dos utilizadores dos serviços. Pressupõe uma filosofia de gestão que faz dos decisores verdadeiros agentes de mudança, permitindo criar um ambiente organizacional de permanente aprendizagem individual e coletiva. Com a qualidade total, as organizações de saúde pretendem sobretudo baixar os custos, os serviços melhorarem a sua eficiência, mas fundamentalmente, melhorarem a área das “pessoas”, de modo a ter uma força de trabalho mais satisfeita e motivada, procurando o envolvimento e empenhamento total dos profissionais, o que requer por vezes modificação de atitudes. Para que essa mudança aconteça, e no terreno haja resultados, é necessário que as crenças mudem (Fishbein citado em Pessoa, 2005).

Em Portugal, há uma clara assunção de uma política de qualidade em saúde bem patente nos diversos Planos Nacionais de Saúde, com especial relevância para o Plano 2012-2016, em fase de implementação, que tem como missão maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, a integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (DGS, 2012).

Outro sinal de mudança, foi a criação do Conselho Nacional da Qualidade na Saúde e o Instituto da Qualidade em Saúde (Despacho n.º 14223/2009 de 24 de Junho), com vários projetos e programas em desenvolvimento no âmbito da melhoria da qualidade. Existe, ainda, um diploma legislativo que determina a criação de comissões da qualidade em todas as organizações de saúde. Projetos na área da qualidade organizacional foram desenvolvidos, quer ao nível dos equipamentos (certificação ISO 9001), quer num âmbito mais vasto com a certificação dos hospitais. Para atingir tal desiderato, têm sido desenvolvidas parcerias com o Health Quality Service (HQS), o King's Fund; a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) e o MoniQuOr para a melhoria contínua nos Centros de Saúde. Segundo Catsambas *et al.* (2002), estes modelos têm como denominador comum a introdução de melhorias orientadas numa lógica de *accountability*, efetividade clínica, análise de resultados e segurança dos doentes.

Vários autores salientam que a acreditação, a certificação, as auditorias clínicas (internas e externas) e a avaliação de resultados (*outcomes research*) são as metodologias mais utilizadas e as que apresentam uma base de evidência mais sólida. A avaliação interna e externa dos cuidados de saúde tem sido utilizada numa lógica de regulação, melhoria e promoção da prestação de cuidados de saúde. Na avaliação de resultados em saúde, procura-se analisar e perceber os resultados de uma intervenção clínica, bem como os fatores que a influenciam, possibilitando, desta forma, uma perspectiva focalizada e, simultaneamente, global e integrada da qualidade em saúde (Catsambas *et al.*, 2002).

A elaboração de manuais da qualidade, a sua aplicação avaliada por auditorias internas e externas, assim como uma aposta na qualificação dos serviços de aprovisionamento hospitalares, constituem-se assim, elementos fundamentais na promoção da melhoria continuada do desempenho dos cuidados nas organizações de saúde.

No Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, de 2011, vem refletida, com particular relevância, a importância da qualidade, a ponto de lhe consagrar um capítulo - *“A qualidade como trave mestre da reforma hospitalar”*. Neste, defende-se *“(…) a forma mais avançada de gestão da Qualidade, inserida estrategicamente, (...), utilizada como instrumento de planeamento dos cuidados e serviços prestados, do controlo estatístico e da melhoria contínua e persistente da estrutura, dos processos de trabalho e dos resultados. (...) Tratando-se de gestão, toda a estrutura será envolvida, os colaboradores chamados a participar, a satisfação e os interesses dos doentes colocados em primeiro lugar, na missão e na vida da organização. No máximo dos seus efeitos é desejável que se dê origem a um fenómeno de reação em cadeia da Qualidade, acelerando o tempo de adaptação das melhores e mais avançadas práticas, facilitando o acesso ao conhecimento e aumento da competitividade”* (p. 185).

Existe um amplo consenso, na literatura consultada, de que o conceito de competência não se encontra ainda estabilizado em termos quer da sua definição, quer das dimensões nele envolvidas. O carácter heurístico, polissémico e subjetivo do termo são os principais responsáveis por esta dificuldade, agravada pela confusão entre as noções de competência, conhecimentos e qualificações (Dias, 2000).

Face ao exposto, e, por considerarmos imprescindível que subjacente aos conceitos de qualidade em saúde e de qualidade dos cuidados está intrínseco o de competência, não tivemos coragem de sonegar à dissertação o trabalho desenvolvido anteriormente, relativo à conceptualização do termo competência bem como, a definição das competências do enfermeiro de cuidados gerais, que estão plasmadas no documento da OE (2003), concretamente no Domínio da Gestão de Cuidados (ambiente seguro, cuidados de saúde interprofissionais e delegação e supervisão) e, ainda, as competências comuns do enfermeiro especialista, designadamente, nos Domínios da Melhoria da Qualidade e da Gestão dos Cuidados, conforme publicação em Diário da República (Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011). Remetemos para Apêndice o desenvolvimento das mesmas (Apêndice I).

2 MODELOS E TEORIAS DE ENFERMAGEM

O vocábulo “teoria” provém da expressão original grega “*theoria*” que significa visão. Com base na natureza empírica, o desenvolvimento das teorias deve ser encarado como racional e intelectual, conduzindo à descoberta da verdade. Desta forma, a teoria e a formulação de conhecimentos científicos apoiados em profundas e morosas investigações aliam-se à prática e, a sua formulação visa a um melhor exercício (Tomey e Alligood, 2004). O conhecimento científico é, assim, constituído por uma unidade de conceções que se relacionam e cujo fruto se revela, no caso da Enfermagem, em modelos e teorias.

A prática de enfermagem tem sido, desde Florence Nightingale, orientada por princípios científicos e humanísticos que propiciaram o seu desenvolvimento centrado no cuidado à pessoa. Este percurso, até à atualidade, tem vindo a ser influenciado pelo aparecimento de teorias e modelos conceptuais, também eles inter-relacionados com os paradigmas emergentes (Categorização, Integração e Transformação), que foram definindo a natureza e a essência dos cuidados de enfermagem. Nesta ótica, socorrendo-nos de Kerouac *et al.* (1996), parece-nos oportuno elencar as grandes correntes de pensamento que influenciaram a Enfermagem enquanto disciplina e profissão, dando ênfase aquilo que Fawcett e Russell (1989), designaram como Meta-Paradigma de Enfermagem, isto é, os conceitos de: Pessoa, Saúde, Ambiente e Cuidado.

Assim, da *Escola das Necessidades*, influenciada por Maslow e Erickson, emergem as teorias de Virginia Henderson; Faye Abdellah e de Dorothea Orem. De uma forma global, estas teorias centram-se essencialmente nas necessidades humanas básicas e consideram que a enfermeira deve assistir a pessoa, sã ou doente, na realização de atividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação (ou morte tranquila), as quais realizaria sem ajuda, se tivesse força, vontade e o conhecimento necessários para o fazer. Para esta Escola, a *pessoa* é um ser biológico, psicológico e social que tende para a independência na satisfação das suas catorze necessidades fundamentais. *Saúde* é então a capacidade de satisfazer estas necessidades humanas - físicas, psicológicas e sociais, enquanto o *Ambiente* é o cenário no qual se aprende a conviver com os paradigmas singulares da vida.

A Escola da Interação, cujas influências podem ser encontradas na Fenomenologia, no Existencialismo e na Teoria dos Sistemas, tem o seu principal foco a relação interpessoal, e a criação de condições para que as pessoas se possam desenvolver, dando relevância à subjetividade e à intuição. De acordo com as “teóricas” desta escola – Hildegard Peplau; Ida Orlando; Himogene King – o *Cuidado* é um processo interativo entre uma pessoa que necessita de ajuda e uma outra capaz de a dar e reconhecer, pelo que o enfermeiro deve possuir conhecimentos que lhe permitam avaliar as necessidades da pessoa e estabelecer um diagnóstico de Enfermagem, planeando, executando e avaliando as intervenções adequadas. A *Pessoa* é, nesta perspetiva, um sistema composto de características e de necessidades

bioquímicas, físicas e psicológicas, sendo a ênfase colocada nestas últimas. A *Saúde* é vista como símbolo que implica movimentos da personalidade e outros processos humanos em direção a um sentimento de competência e bem-estar promotores de uma vida confortável, criativa, produtiva, pessoal e comunitária. O *Ambiente* é um fator que considera a cultura e os costumes de cada indivíduo e as pessoas significativas e/ou grupo com o qual interage.

As teorias de Callista Roy, Dorothy Johnson, Lydia Hall, Betty Neuman, Miya Levine, foram integradas por Kerouac *et al.* (1996), na *Escola dos Efeitos Desejados*, na medida em que procuram conceptualizar os resultados ou efeitos desejados dos *cuidados* de Enfermagem, acreditando que uma vez que as pessoas vivem crises, o objetivo dos mesmos, consiste no restabelecimento do equilíbrio, facilitando transições e adaptações na busca da homeostasia ou da preservação da energia. A *Pessoa* é vista como um ser em constante adaptação uma vez que é um ser social, espiritual e físico, afetado por estímulos externos e internos. A *Saúde* é um estado e um processo de Ser, por isso, considerada como a capacidade do indivíduo para se adaptar às mudanças ambientais. Decorrente desta premissa, *Ambiente* é um mecanismo externo que regula e influencia os comportamentos das pessoas e/ou grupos.

A *Escola da Promoção de Saúde* baseia-se na filosofia dos Cuidados de Saúde Primários e na teoria da aprendizagem social de Bandura. Para a sua principal representante, Moyra Allen, os *cuidados* de enfermagem visam essencialmente a promoção de comportamentos de saúde, através de um processo de aprendizagem que envolve tanto a *pessoa*, como toda a *família/grupo social*. O objetivo desses cuidados é levar as famílias a entender as suas próprias experiências de saúde e com isso gerirem todo o processo de *saúde/doença*. Neste quadro, à enfermeira cabe um papel de agente facilitador e motivador para a aprendizagem de conhecimentos a adquirir para fazer face ao *Ambiente*.

A *Escola do Ser Humano Unitário* situa-se num contexto de abertura sobre o mundo, integrando-se no paradigma da transformação. Salientam-se desta escola, Margaret Newman, Marta Rogers e Rosemare Parse, as quais consideram existir um processo contínuo de transformação em que a pessoa, enquanto Ser aberto, necessita de ajuda dos enfermeiros como parceiros, onde ela própria busca a sua transformação, pois tem capacidade de agir em sinergia com o universo, num processo de “devenir”, isto é, em “Co-transcendência”.

As principais mentoras desta *Escola do Cuidar* (Caring) são Madeleine Leininger, com a Teoria da Diversidade e dos Cuidados Transculturais e Jean Watson, com a Teoria do Cuidado Humano. De modo genérico, para estas autoras, *Cuidar* é considerado, como uma arte e uma ciência humana dirigida para a promoção e manutenção dos comportamentos de saúde ou a sua recuperação, ancorado numa perspetiva cultural. Nesta perspetiva, a *Pessoa* é uma forma viva que se desenvolve e que é composta por corpo, alma e espírito, pelo que, *Saúde* é a harmonia entre estas três dimensões e a realidade externa (*ambiente*).

Relacionando as Escolas supramencionadas com os paradigmas referidos, Kerouac *et al.* (1996), consideram as Escolas das necessidades, da interação, dos efeitos desejados e da promoção da saúde, orientadas para a pessoa, enquadrando-se assim, no âmbito do paradigma da integração. As Escolas do ser humano unitário e do cuidar, caracterizadas por uma abertura para o mundo, são, pela sua natureza, enquadradas no paradigma da transformação.

No seu trabalho – *Theoretical Nursing Development and Progress*, Meleis (1997) ao referir-se à disciplina de enfermagem começa por afirmar que cada um de nós tem uma perspetiva do mundo, que se constrói através das perceções e interpretações que fazemos das situações que vivenciamos ao longo da vida e que são estas perspetivas dos diferentes membros de uma disciplina que a vão caracterizar. Considera assim quatro características importantes que determinam a sua perspetiva de enfermagem: (i) natureza da Ciência de Enfermagem como Ciência Humana; (ii) aspetos práticos da Enfermagem; (iii) cuidado e desenvolvimento de relações interpessoais entre enfermeiro-utente; (iv) perspetiva de saúde e bem-estar” (Meleis, 1997:93).

Dos conceitos que compõem o meta-paradigma de Enfermagem, referenciados anteriormente, na perspetiva de diferentes Escola e autoras, salientamos o conceito de Pessoa preconizado por Meleis (1997), como elemento central dos cuidados de enfermagem, cujas atividades de vida e resposta aos processos de transição ao longo do ciclo vital, enquadrados no seio da família e, de modo mais lato no seio dos grupos e meio ambiente, devem merecer atenção especial dos enfermeiros.

Esta interligação entre a pessoa e o meio ambiente, designada de *Transição* – “*passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro*” (Chick e Meleis, 1986:239) – remete-nos para a forma como cada pessoa vivencia os processos de transição sempre que se verifiquem mudanças no seu estado de saúde, nos papéis desempenhados, no seu desenvolvimento, nas suas expectativas ou nas suas capacidades. Estes processos de transição não originam sempre situações de doença, podem relacionar-se com o próprio desenvolvimento ao longo do ciclo vital, ou com alterações das dinâmicas familiares ou sociais; contudo envolvem sempre mudanças, reajustes e adaptação às novas situações. Nesta ótica os enfermeiros cuidam de pessoas que vivenciam quase constantemente processos de transição e a compreensão dos mesmos revela-se de extrema importância para facilitar e apoiar a pessoa nas suas respostas a essas transições de forma a atingir o estado de saúde e bem-estar.

As mudanças e transições são frequentes durante o desenvolvimento e evolução humana. Segundo Meleis *et al.* (2000), as mudanças que coincidem com o estado de saúde do indivíduo produzem um processo de transição que pode realçar o bem-estar ou expor os indivíduos aos riscos inerentes da doença. Muitas vezes esta transição acontece sem que os indivíduos a possam controlar diretamente. Noutras, podem ser procuradas pela pessoa (casamento, mudança de profissão, de residência, cirurgia,...), podendo haver uma preparação psicológica prévia. Daí que os Padrões de Qualidade para

os Cuidados de Enfermagem publicados pela OE preconizam que as “(...) *intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde*” (p.9).

Deste modo, as transições podem classificar-se de quatro formas diferentes: as que têm a ver com o próprio desenvolvimento, envolvendo todo o ciclo vital desde o nascimento; as situacionais que acarretam a ocorrência de acontecimentos inesperados que ocorrem na vida do indivíduo, tais como, a gravidez, o nascimento ou a morte; as de saúde-doença nas quais se estabelece uma condição saudável para uma condição clínica de doença, onde o indivíduo se debate com alterações repentinas que originam sentimentos de inadequação face à nova situação; e, as organizacionais que podem ser precipitadas por mudanças alargadas ao nível do ambiente social, político ou económico ou por mudanças internas organizacionais que provoquem mobilizações na estrutura ou dinâmica.

Na opinião de Meleis *et al.* (2000) as pessoas em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem influenciar o seu estado de saúde. A enfermagem tem assim que desenvolver conhecimento não só sobre a natureza destas transições como também sobre as respostas humanas às mesmas, tal como afirma Abreu (2008:25):

“Os sucessivos estudos sobre processos de transição, designadamente os relacionados com a saúde, colocam em evidência a necessidade de investigar sobre a natureza das transições, as experiências de transição, as modalidades de resposta humana para lidar com situações de transição e protocolos ou guidelines que permitam referenciar intervenções de enfermagem específicas em matéria de assistência.”

Consideramos ainda relevante o conceito de *Interação* que a autora descreve como o processo através do qual o enfermeiro identifica as necessidades da pessoa, alvo dos seus cuidados, que por sua vez está em constante interação com o meio ambiente. Para a OE, esta interação é designada de relação interpessoal e, porque tratando-se de uma relação profissional ela é terapêutica e visa ajudar a pessoa/família/grupo a atingir os “*projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue*”(p.8).

Ainda segundo a autora anteriormente citada, o ambiente envolve fatores que direta ou indiretamente podem ser influenciadores do bem-estar do cliente e, conseqüentemente, influenciar as suas atividades de vida e as suas respostas aos processos de transição. É assim considerado, desde Florence Nightingale, como elemento fundamental do domínio da enfermagem.

As intervenções terapêuticas são definidas como “all nursing activities and actions deliberately designed to care for nursing clients” (Meleis, 1997:116). Estas intervenções são desenvolvidas no cuidar da pessoa sã ou doente e o seu campo é tão diverso quanto a diversidade das atividades de vida e as necessidades

das pessoas a cuidar, pressupondo o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas, motoras e emocionais. (Abreu 2007)

Os enfermeiros inspirados em desenvolver o seu trabalho alicerçado no cuidado transacional valorizam assim, o Ser uma vez que é o sujeito da ação do cuidado, não se limita a funções, papéis ou tarefas. O cuidado está ligado de alguma forma a cada estadio do desenvolvimento humano, favorece a maturidade e o crescimento, em busca de maior equilíbrio e estabilidade. A transição premeia todos os momentos da vida. Porém, estes necessitam de ser enfrentados através de comportamentos que possibilitem o cuidado particularizado a cada transição (Schumacher e Meleis, 1994).

Ainda relativamente à prática de enfermagem, Basto (2009) evidencia a necessidade de cada enfermeiro se orientar por um quadro de referência que englobe conceitos, valores e/ou crenças que correspondam à ideia de cuidar em enfermagem.

Posto isto, o conhecimento adquirido com a prática clínica diária deve ser concomitantemente usado nas teorias de enfermagem existentes, e vice-versa, para que o enfermeiro possa explicar e explorar outras questões práticas no âmbito da enfermagem, e neste caso em concreto, no âmbito da enfermagem cirúrgica.

3 INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO EM ENFERMAGEM

A enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor, o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde (OE, 2003).

Neste quadro, o exercício da enfermagem, emerge enquanto profissão, que pode ser entendida como *“(...) o desempenho de uma atividade humana, apoiada num saber e em valores próprios, possuidora de atributos específicos e como tal reconhecida pelo todo social e confirmado pelo Estado”* (Sarmento, 1994:38), o que necessariamente remete para a existência de um quadro regulador. Com efeito, independentemente do contexto jurídico-institucional onde o enfermeiro desenvolva a sua atividade - público, privado ou em regime liberal, o seu exercício profissional carece de ser regulamentado, em ordem a garantir que o mesmo se desenvolva não só com salvaguarda dos direitos e normas deontológicas específicos da enfermagem, como também, por forma a proporcionar aos cidadãos deles carecidos cuidados de enfermagem de qualidade.

Neste âmbito desde 1996, e com a posterior criação da OE em 1998; têm vindo a ser desenvolvidos diversos instrumentos de regulação da profissão, designadamente: REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996); Código Deontológico (1998 e republicado em 1999); Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001); Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2003); Competências do Enfermeiro Especialista (2011). No âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, também, alguns documentos normativos têm vindo a ser publicados, dos quais destacamos o Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica. Este último irá ser tomado como referência para análise das práticas no Departamento de Cirurgia dos SAMS.

Assim, face à necessidade de regulamentação da atividade profissional de enfermagem foi criado, em 1996, o REPE. Este tem como objetivos *“clarificar conceitos, proceder à caracterização dos cuidados de enfermagem, especificar a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e definir a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população”*. Em termos gerais, vemos na publicação do REPE um marco na profissionalização da enfermagem.

Em Abril de 1998, deu-se outro grande passo na construção da profissão de Enfermagem: a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE). Esta definiu estritas linhas de conduta para a prática da profissão, que até ao momento não possuía condições de consolidação da sua autonomia. A OE é uma associação pública

de interesse público, constituída por todos os enfermeiros, e tem como objetivos a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, a regulamentação e controlo do exercício profissional, assegurando o bom cumprimento das regras de ética e deontologia profissionais. Posteriormente, em 1999, foram publicados os Estatutos da OE que consagram o Código Deontológico dos Enfermeiros.

A Ordem dos Enfermeiros, em 2003, definiu as Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Estas têm como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social, organizando-se em três domínios principais, a saber:

- *Prática Profissional, Ética e Legal*, que compreende a responsabilidade, a prática segundo os valores éticos e, ainda a, a prática de acordo com os normativos legais;
- *Prestação e Gestão de Cuidados*. Na área da prestação de cuidados, temos a considerar, a promoção da saúde, a comunicação e as relações interpessoais e, inevitavelmente, as diversas etapas do processo de enfermagem – colheita de dados, planeamento, execução e avaliação. A área da gestão de cuidados compreende o ambiente seguro, os cuidados de saúde interprofissionais e a delegação e supervisão de cuidados.
- *Desenvolvimento Profissional*. Neste estão incluídas a valorização profissional, a melhoria da qualidade e a formação contínua.

As Competências Comuns e Específicas dos enfermeiros especialistas, foram definidas e aprovadas em Fevereiro de 2011, das quais, mencionamos apenas as transversais a todos os especialistas:

- *Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*; através do desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e da Promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- *Domínio da Melhoria da Qualidade*. Neste domínio o enfermeiro deverá desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas e institucionais na área da governação clínica; conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e, ainda, criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.
- *Domínio da gestão dos cuidados*. Neste âmbito, o enfermeiro gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Simultaneamente, deverá adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

- *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.* Neste, preconiza-se o desenvolvimento do auto - conhecimento e da assertividade, baseando a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

A Ordem dos Enfermeiros assume que a qualidade na saúde, é uma questão multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local, ou seja, nem a qualidade se obtém apenas através do exercício correto da enfermagem, nem poderá ser obtida sem que esta profissão contribua dentro do seu âmbito.

Uma das atribuições do Conselho de Enfermagem é definir Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Estes padrões deverão converter-se em guias de orientação para os cuidados, fundados na evidência, assumindo-se numa base estrutural necessária para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ribeiro *et al.*, 2008). Cabe às Comissões de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais zelar pela observação dos padrões de qualidade. No sentido de explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão, “*Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem*”. Assim, tendo em conta estes seis parâmetros, é possível atingir o desiderato máximo do cuidar em enfermagem – a satisfação dos clientes. A existência de indicadores facilita também a observância do padrão de qualidade.

Indicador é uma unidade de medida de uma atividade e, com a qual está relacionada ou, ainda, uma medida quantitativa ou qualitativa que pode ser usada como guia para monitorizar e avaliar a qualidade dos cuidados prestados. Indicador não é uma medida direta de qualidade podendo ser expressa em termos de taxa ou coeficiente, índice, número absoluto ou fato (Bittar, 2001). Os indicadores de qualidade são assim, instrumentos fundamentais no processo de quantificação do resultado das ações, bem expresso nas palavras de Teixeira *et al.* (2006): “*Para verificar a qualidade de serviços é preciso mostrar resultados e uma das formas encontradas para evidenciar estes resultados é a monitoração dos indicadores*” (p.2).

No sentido de regular o acesso à profissão, bem como, os Sistemas de Individualização de Especialidades Clínicas e Certificação de Competências, a OE desenvolveu, em 2009, o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP). O Sistema de Individualização de Especialidades Clínicas, como o próprio nome indica, permite individualizar diferentes especialidades de Enfermagem de acordo com um determinado sistema de organização. A Certificação de Competências está por sua vez relacionado com o processo de atribuição de título profissional de enfermeiro e de enfermeiro especialista. Ainda, no contexto do MDP, na busca de regular uma Prática Tutelada em Enfermagem (PTE) de qualidade, foram definidos os critérios para a determinação da idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e

serviços de saúde, no âmbito do exercício profissional de enfermagem, do qual resultou o Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica (RAIFCPC).

De modo sucinto, referimos que se trata de um referencial único que parte dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o enunciado relativo à “organização dos cuidados de enfermagem” o eixo organizador das diferentes dimensões a considerar, designadamente: (i) Quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem; (ii) Sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; (iii) Sistemas de informação e registos em enfermagem, organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão; (iv) Satisfação profissional dos enfermeiros; (v) Dotações seguras em enfermagem; (vi) Política de formação contínua de enfermeiros; (vii) Metodologias de organização de cuidados de enfermagem.

A idoneidade formativa dos contextos de prática clínica compreende assim, um conjunto de características que os mesmos deverão possuir, favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Ora, sendo este um referencial de qualidade dos contextos e, tendo em conta os constrangimentos temporais para o desenvolvimento deste Projeto, afigurou-se-nos como um instrumento adequado, à reflexão e análise das práticas no Departamento de Cirurgia dos SAMS.

PARTE II – PROJETO DE INTERVENÇÃO

A intervenção no contexto de trabalho foi desenvolvida, com a participação ativa da equipa de enfermagem, sob supervisão e liderança da chefia. Toda a ação, foi organizada e sistematizada segundo as etapas da metodologia de Trabalho de Projeto.

1 CARATERIZAÇÃO DOS SAMS

Os SAMS são os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SBSI). Iniciaram a sua função em 01 de Janeiro de 1976 e têm como principal objetivo “(...) a prestação de cuidados de saúde, apoio na maternidade e terceira idade, bem como noutras situações afins de carácter social, (...) assumindo-se como um sistema complementar de saúde que assegura aos seus beneficiários cuidados de saúde através da: (i) prestação direta de cuidados de saúde; (ii) atribuição de participações, por atos realizados fora dos SAMS” (SBSI, 2005:63). A sua atividade de prestação direta de cuidados poderá ser consultada no Apêndice II

- *Organização e Estrutura Hospitalar*

O hospital dos SAMS, inaugurado em Setembro de 1994, entrou em funcionamento em Novembro do mesmo ano. Situa-se em Lisboa, mais concretamente nos Olivais Sul, “dispõe de recursos materiais e humanos ao serviço de uma medicina de qualidade, humanizada e tecnicamente avançada” (SBSI, 2005:37). Em estreita articulação com os Serviços Ambulatoriais anteriormente referidos, o Hospital dispõe de 121 camas e é constituído por 11 pisos, 9 dos quais de uso publico (Apêndice III).

- *Organização e Estrutura do Departamento de Cirurgia*

A estrutura física do Departamento de Cirurgia compreende dois pisos, num total de 54 camas, distribuídas por 21 quartos privados, 12 quartos semi-privados (com casa de banho privativa) e uma unidade de cuidados intermédios com sete unidades, no piso 6. Cada uma destas unidades, está preparada para admitir um cliente e equipada com: monitor de monitorização múltipla (ECG, saturação, TA e FC e ainda, quando necessário, pressões invasivas), seringas e bombas infusoras, rampas de oxigénio, de aspiração e de ar comprimido.

Cada piso possui capacidade de funcionamento autónomo, com zonas de serviço e de apoio distintas (sala de trabalho, sala de pensos, gabinete da Enfermeira-Chefe, sala de reuniões, armazém para material diverso e medicação (stock), copa, e casa de banho para os profissionais de saúde).

- *Circuito do Cliente*

O Departamento de Cirurgia, como o próprio nome indica, está vocacionado para clientes de foro cirúrgico, designadamente nas seguintes valências: Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia, Proctologia, Neurocirurgia, Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Cardio-torácica, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

Comummente a proveniência dos clientes é de ambulatório com cirurgia eletiva. Todavia, também podem afluir, da urgência, do Bloco Operatório (quando pela gravidade da situação clínica, deram entrada direta no mesmo) e ainda dos Departamentos de Medicina e Ginecologia (quando estes se encontram lotados).

- *Equipa de Saúde*

Relativamente aos recursos humanos, o departamento possui uma vasta equipa multidisciplinar (Apêndice III). Relativamente aos enfermeiros, a equipa de enfermeiros gestores é constituída por uma Enfermeira-Chefe e dois enfermeiros Subchefes. Para além destes, existem cinco equipas de enfermeiros que prestam cuidados diretos, sendo cada equipa composta por oito elementos. O organograma da Departamento poderá ser consultado no Apêndice IV.

- *Paradigma Orientador e Organização do Trabalho da Equipa de Enfermagem*

O Hospital dos SAMS não possui Quadro de Referência, motivo pelo qual não podemos apresentar, o paradigma orientador da praxis de enfermagem.

Relativamente à organização do trabalho, o método utilizado é o método individual que se baseia no conceito de cuidado global e implica a afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais de que um, não sendo o atendimento fragmentado durante o tempo que o enfermeiro está em serviço. Por conseguinte, a totalidade dos cuidados (Diagnóstico, intervenção e avaliação) é prestada pelo enfermeiro afeto ao(s) cliente(s), embora não possa ser coordenado de um turno para o turno seguinte, por ocorrerem alterações nas designações das tarefas e porque o *ratio* cliente/enfermeiro pode variar. A Enfermeira-Chefe é a responsável pela supervisão e avaliação dos cuidados e ainda pela gestão dos recursos humanos e materiais.

O Sistema de Informação de enfermagem é digital (IBM AS400), em fase de substituição por novo sistema operativo - MedTrackCare.

2 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O presente projeto desenvolveu-se num quadro contextual único (Departamento de Cirurgia do Hospital SAMS), pelo que, o diagnóstico de situação corresponde ao conhecimento, caracterização e análise dessa realidade, sendo um pré-requisito fundamental à prossecução das etapas subsequentes.

Na elaboração do diagnóstico de situação, isto é, no processo de identificação e validação dos problemas, aos quais pretendemos dar resposta, variadíssimos instrumentos de diagnóstico poderão ser utilizados. Com efeito, se a natureza da intervenção no contexto de trabalho pode determinar o tipo de instrumentos a utilizar, a escolha dos mesmos pode condicionar o tipo de intervenção a efetuar.

Na prática clínica, os instrumentos de diagnóstico de uso mais comum, pelos enfermeiros, são: a entrevista, o questionário, a análise documental, ou ainda métodos de análise de situação, designadamente, a análise SWOT, a Cadeia de Valores; a FMEA e a Stream Analysis (Ruivo *et al.* 2010).

O problema/necessidade, do nosso ponto de vista, oportunidade, é um elemento fulcral para a definição do diagnóstico, uma vez que esta etapa requer a produção de um quadro que identifique e relacione entre si os problemas mais relevantes da situação / Serviço / Instituição. A definição do problema constitui o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto, no caso concreto, de um Projeto de Intervenção em contexto de trabalho. Assim, de uma forma geral, o problema caracteriza-se por identificar e descrever, estabelecer relações entre as variáveis, apreciando a sua pertinência e precisando o objetivo, o que faremos seguidamente.

Tendo por base as premissas anteriores, um sentimento de “necessidade de mudança”, alimentado pelas recentes modificações organizacionais ocorridas no seio dos SAMS (criação de diversas comissões em diferentes áreas de cuidado; reforma do sistema de informação em saúde; reorganização do Departamento de formação, ...); pelos subsídios recebidos pela frequência do Mestrado de Gestão em Enfermagem; pelas experiências de outras instituições de saúde partilhadas nas diversas Jornadas de Regulação da Ordem dos Enfermeiros, por nós assistidas; conjugado com a publicação de uma série de documentos na área da qualidade dos cuidados e no âmbito do Modelo de Desenvolvimento Profissional, considerámos pertinente efetuar uma profunda reflexão acerca da qualidade dos cuidados prestados no Departamento de Cirurgia, bem como da *praxis* de enfermagem. Na lógica da Qualidade, existia espaço de intervenção para a melhoria da qualidade dos cuidados, designadamente desenvolver práticas sustentadas na evidência e em indicadores fiáveis (ex. indicadores constantes do Resumo Mínimo de Dados). Assim, no quadro do nosso exercício profissional, a nível micro, esta convicção foi sendo fortalecida no seio da equipa de enfermagem, tendo efetuado uma reunião com os diferentes Chefe de Equipa com objetivo de informar/sensibilizar para a adesão ao Projeto (Anexo V). Simultaneamente ao nível da gestão de topo, agendamos reuniões para apresentação/solicitação de consentimento para o

desenvolvimento do projeto, quer ao Enfermeiro Supervisor quer ao Conselho de Gerência do Hospital dos SAMS, como consta nos anexos VI e VII.

Baseados nos autores Almeida e Freire (2007) citados por Ruivo, Ferrito e Nunes (2010), uma das fontes de identificação ou definição de um problema, poderão ser necessidades, sugestões ou questões deixadas em aberto por outros investigadores ou, por outro lado, as técnicas de recolha de dados anteriormente mencionadas. Porém, face aos constrangimentos temporais e à profundidade das dimensões de análise, em vez de outro qualquer instrumento de “cariz mais científico”, “tomámos mão”, do Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica, enquanto documento orientador de “auto-avaliação”.

Da reflexão crítica efetuada sobre as diversas dimensões, critérios e indicadores inscritos no RIFCPC, e da aplicação do mesmo ao Departamento de Cirurgia dos SAMS, sentimos a necessidade de criar uma Grelha de Análise (Apêndice VIII). Esta, no desenvolvimento do projeto, foi sofrendo “ajustes”, tendo no seu formato final englobado duas novas categorias de análise – “Análise/Diagnóstico” e “Proposta de Intervenção”.

Relativamente às dimensões analisadas, codificaram-se segundo os critérios de “*Existe*”, “*Existe parcialmente*” e “*Não existe*”. Para maior facilidade de leitura da grelha, foram também sombreadas – “a cor-de-rosa” - as dimensões suscetíveis de intervenção, as quais passamos a apresentar seguidamente:

- *Quadro de referência para o exercício profissional*

Relativamente à dimensão em epígrafe, há que tomar em conta os dois critérios em análise. No que respeita à existência de um enquadramento conceptual de referência para o Exercício Profissional da Enfermagem, verificou-se a inexistência de um Quadro de Referência que espelhe os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, o Código Deontológico dos Enfermeiros e ainda uma Filosofia de Cuidar. Quanto à existência de um Plano de Atividades de Enfermagem, verifica-se que existe parcialmente a evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros, pela via da elaboração e aplicação de um instrumento de diagnóstico relativo ao grau de Satisfação do Cliente.

- *Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*

Dos quatro critérios desta dimensão, constatámos que relativamente aos dispositivos que permitem a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, objetivamente no indicador – formação realizada, a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, esta percentagem ainda não foi atingida. Verifica-se a mesma circunstância relativamente à designação do elemento dinamizador dos Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE). Relevamos ainda que, no que respeita à existência de

projeto/projetos no âmbito da melhoria dos cuidados de enfermagem, existem alguns projetos iniciados, porém não totalmente desenvolvidos, designadamente, o Projeto da Dor.

- *Política de Formação Contínua de Enfermeiros*

No que concerne à sexta dimensão, no indicador – existência de uma política e práticas de formação contínua promotoras de desenvolvimento profissional e da qualidade - observamos a não existência de um enfermeiro responsável pela coordenação da formação em Serviço, sendo essa função desempenhada, atualmente, pela Chefia do Departamento. Simultaneamente, constatamos a inexistência de Relatório de Formação que contemple a avaliação da formação e do impacto dos seus resultados, bem como, de critérios explícitos para a seleção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente).

No que respeita à evidência de participação de enfermeiros do serviço em projetos/grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem, destacamos a participação de alguns elementos em várias comissões, designadamente: Comissão de Nutrição; Comissão de Controlo de Infecção e Comissão de Escolha dos Dispositivos.

Relativamente aos indicadores – *Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos* e *Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores*, acusamos a sua inexistência. Também no que concerne à evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem, apresenta-se a mesma, como lacunar no âmbito da análise efetuada.

- *Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem*

Nesta dimensão, apuramos a ausência do indicador relativo à evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos PQCE.

O presente diagnóstico levou à reflexão sobre a qualidade das práticas em enfermagem quer aos níveis de processo, estrutura e resultado e, conseqüentemente, a propostas de intervenção. Neste sentido, importa referir Doran *et al.* (1998) que desenvolveram um modelo conceptual, designado de Modelo da Efetividade do papel de Enfermagem (The Nursing Role Effectiveness Model), baseado no Modelo da Qualidade em Saúde desenvolvido por Donabedian, o qual defende que é possível identificar os resultados sensíveis aos cuidados em relação aos vários tipos de funções dos enfermeiros, sobretudo quanto à função autónoma (Doran *et al.* 2002).

Também Julie Taylor, citada por Abreu (2001), à semelhança de outros autores, salienta que a enfermagem está em processo de mudança do ponto de vista da qualidade dos cuidados. Vários têm sido

os temas problematizados, desde os fenómenos organizacionais, passando pela saúde e não descurando a área da formação (Abreu, 2001). Deste modo, a aplicação desta Grelha foi imprescindível pois proporcionou uma análise criteriosa facilitadora da tomada de consciência sobre a realidade e posterior decisão sobre a mudança a implementar.

Face ao exposto, urge tomar consciência de que compete às instituições de saúde adequar recursos, criar estruturas que propiciem um exercício profissional de qualidade e desenvolver esforços no sentido de proporcionar condições bem como ambientes favoráveis ao desenvolvimento dos profissionais.

Para a consecução deste projeto, que pressupõe não só uma mudança na *praxis*, mas também uma mudança na conceptualização dos cuidados, procedemos ao envolvimento de todos os profissionais, pois como já referimos, qualidade em saúde não se obtém apenas pelo envolvimento de determinado grupo profissional. Face a este desígnio, foram estabelecidas as seguintes etapas no desenvolvimento do Projeto:

- Avaliar da pertinência/viabilidade/interesse do Projeto para o Departamento no sentido de obter a anuência da gestão de topo;
- Apresentar à gestão de topo os benefícios do mesmo, não só em termos de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem mas, também, em termos económicos;
- Envolvimento da equipa de enfermagem, através da criação de grupos de trabalho;
- Identificar as “áreas passíveis de intervenção” utilizando as sete dimensões de análise do Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica.
- Aplicar a metodologia de resolução de problemas às dimensões identificadas como foco de intervenção;
- Desenvolver ações de formação à equipa de enfermagem quer no âmbito da qualidade em saúde quer dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e, ainda, dos determinantes dos cuidados de enfermagem com reflexo nos ganhos em saúde;
- Desenvolver ações de formação à equipa de enfermagem no sentido do envolvimento desta no Projeto de Intervenção.

3 INTERVENÇÃO NO CONTEXTO DE TRABALHO

Como já tivemos oportunidade de referir anteriormente, este trabalho foi desenvolvido segundo a Metodologia de Trabalho de Projeto. Esta insere-se no movimento de educação progressista associado ao pensamento de Dewey e foi introduzida em Portugal, aquando da implementação dos cursos de formação de formadores pela Escola de Estocolmo. Para este autor, a Metodologia de Trabalho de Projeto assenta essencialmente na reflexão e consiste, “(...) no exame ativo, persistente e cuidadoso de todas as crenças ou supostas formas de conhecimento, à luz dos fundamentos que as sustentam e das conclusões para que tendem” (Dewey, 1973:494). O conceito de reflexão, é desafiador e complexo, pelo que, Dewey (1973:494-506), procurando caracterizar a sua natureza, enuncia que o mesmo compreende diversos passos, designadamente: (i) perplexidade, confusão, dúvida, devido à situação em que o indivíduo se encontra; (ii) conjectura, antecipação e tentativa de interpretação, sobre os elementos significativos para a situação e suas possíveis consequências; (iii) exame, inspeção, exploração e análise de todas as considerações possíveis; (iv) tentativa de elaboração de sugestões ou hipóteses; (v) decisão sobre um plano de ação ou fazer algo que vise o resultado desejado.

Neste âmbito, a reflexão emerge como um ato que envolve uma análise aprofundada daquilo em que se acredita ou daquilo que habitualmente se faz, evidenciando os motivos e consequências dessas convicções ou ações. Para este autor, existe uma grande distinção entre o ato humano rotineiro e o reflexivo. O primeiro, negligenciando a especificidade de cada situação é, sobretudo, guiado pelo impulso, hábito ou submissão à autoridade. Pelo contrário, a reflexão consiste no questionamento, baseia-se na vontade e intuição e implica a busca de soluções lógicas e racionais para os problemas.

Esta fase do trabalho torna-se crucial na medida em que é suposto “dar contas” do trabalho desenvolvido e do caminho percorrido. Acreditamos que na área da saúde, a implementação da Metodologia de Projeto como meio de resolução de problemas assume um papel fulcral no desenvolvimento dos profissionais e na melhoria da qualidade dos cuidados.

3.1 Objetivos

Os objetivos apontam os resultados que se pretendem alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico. Enquadrando os objetivos na metodologia de projeto, estes assumem-se como representações antecipadoras centradas na intervenção “a realizar”, ou seja, a determinação dos objetivos finais, embora, não seja sempre uma condição prévia temporal e irremediavelmente um ponto fulcral na elaboração de projetos de intervenção. Definem-se assim os seguintes objetivos:

- *Objetivo Geral*

- Implementar um processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, no Departamento de Cirurgia dos SAMS.

- *Objetivos Específicos*

- Estabelecer o Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática, como eixo diagnóstico e organizador da intervenção;
- Desenvolver o Quadro de Referência para a Prática de Enfermagem no Hospital dos SAMS;
- Desenvolver o Quadro de Referência para Prática de Enfermagem no Departamento de Cirurgia do Hospital dos SAMS;
- Atribuir às diferentes equipas de enfermagem, a responsabilidade de condução dos projetos inerentes às dimensões identificadas como lacunares;
- Supervisionar o desenvolvimento do:
 - Sub-Projeto da Dor e Registo de Incidentes Críticos, desenvolvidos pela equipa cinco de enfermagem, do Departamento de Cirurgia.
 - Questionário de Avaliação da Satisfação dos Utentes, implementado pela equipa três de enfermagem, do Departamento de Cirurgia.
- Nomear um enfermeiro responsável pela formação.

3.2 Desenvolvimento do Projeto

Para o desenvolvimento deste Projeto baseamo-nos na Grelha de Análise desenvolvida (Apêndice VIII). Seguidamente, discute-se cada dimensão intervencionada de modo detalhado. Porém, ainda antes de continuarmos, gostaríamos de relevar que os critérios sobranceiros à seleção das áreas suscetíveis de intervenção prenderam-se essencialmente com a facilidade relativa da sua implementação; ao impacto na qualidade dos cuidados e, ainda, com as contingências organizacionais e temporais para a execução deste Projeto.

3.2.1 Quadro de Referência da Organização para o Exercício Profissional no Departamento

Da leitura da Grelha de Análise o primeiro indicador (1.1) a emergir como inexistente foi o Quadro de Referência do Departamento de Cirurgia. Ora, um Quadro de Referência é a pedra angular, na qual deverá assentar uma prática de qualidade dos cuidados. De forma global, Fortin (1999) define Quadro de Referência como uma estrutura lógica e abstrata de ideias e de conceitos, e as suas relações ajudam a

orientar, entender e justificar um determinado trabalho. Nele deverá estar inscrito o modelo teórico no qual os enfermeiros deverão fundamentar a sua prática.

Deste modo e, face à inexistência de um documento ancorador de toda a praxis de enfermagem no Hospital dos SAMS, nos vimos primeiramente, compelidos a desenvolver um Quadro de Referência para a Prática de Enfermagem no Hospital que contemplasse os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem cujos objetivos foram: (i) constituir um referencial de excelência para a prática de enfermagem; (ii) fundamentar uma política de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e (iii) contribuir para a promoção da identidade profissional da equipa de enfermagem (Apêndice IX). Na sequência deste, foi construído também o Quadro de Referência para a Prática o Departamento de Cirurgia, cujo objetivo geral é: *“Obter ganhos em saúde sensíveis a uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência, sustentados em elevados níveis de conhecimento e na busca da melhoria contínua da qualidade”* (Apêndice X).

Para a consecução deste propósito, que decorreu entre Outubro e Dezembro de 2011, foi necessário efetuar uma pesquisa bibliográfica sobre a importância dos referenciais de qualidade para a conceptualização dos cuidados, bem como dos referenciais de regulação da profissão e, ainda, tivemos a oportunidade de efetuar *coaching*, acerca de quadros de referência de Instituições análogas. Foi também envolvido o Enfermeiro Supervisor, que nos facilitou a compreensão das finalidades e visão estratégica da Organização, bem como, a aprovação final do respetivo documento (o que ocorreu em Março de 2012).

Para Basto (2009) a existência de um Quadro de Referência torna-se imprescindível para a sustentação de um trabalho de qualidade realizado pelos Enfermeiros, pelo que, através da criação destes documentos pensamos ter contribuído para: *“Promover uma prestação de cuidados de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, no respeito pela vida e ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente de melhoria contínua de qualidade”*.

Um outro indicador da Dimensão relativa ao Quadro de Referência para o Exercício Profissional, que foi analisado e considerado a necessidade de intervenção, embora parcial, foi o 1.2.2 - “Evidência de explicitação de intenções metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros” (RIFCPC). Com efeito, no Plano de Atividades de Enfermagem do Departamento de Cirurgia, até ao início do desenvolvimento deste Projeto, apenas dois indicadores de qualidade dos cuidados eram monitorizados e de forma descontinuada - *Grau de Satisfação do Cliente* (Apêndice XI) e o *Registo de Incidentes Críticos* (Apêndice XII). Importa, no entanto, no seio da equipa dar sentido ao uso dos mesmos.

A importância de obtermos informação sobre a satisfação dos utentes (deste Departamento), só se torna verdadeiramente significativa a partir do momento em que essa prática seja levada a cabo de forma sistémica e sistematizada e, posteriormente, que a mesma seja objeto de reflexão e consequente mudança nas práticas de enfermagem quotidianas. Isso permitirá a avaliação dos cuidados prestados e das melhorias implementadas (Paúl et al:1999). Desta forma procura-se “dar voz ao utente”, dando-lhe a possibilidade de manifestar as suas opiniões sobre os cuidados, tornando-o parceiro na tomada de decisão em relação aos cuidados de saúde e não apenas um mero espectador ou simples utilizador.

O registo de incidente crítico possibilita a reflexão sobre situações de cuidados que foram significativas, positiva ou negativamente, favorecendo a alteração e valorização de comportamentos facilitadores da relação terapêutica e, deste modo, a melhoria da qualidade de cuidados.

Assim, face à complexidade e exigência na área dos cuidados de saúde, considerámos a necessidade de ampliar o recurso à utilização de outros indicadores de qualidade disponíveis, tal como referido no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem publicado pela OE em Outubro de 2007, designadamente a *Dor*.

A dor segundo a Direção Geral de Saúde é, “(...) *pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, um verdadeiro problema de saúde pública*” (DGS, 2001:7) pelo que, na última década, vem sendo objeto de atenção por parte do Ministério da Saúde, da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor e pela própria OE. Corolário dessas atividades foi a publicação do Guia Orientador de Boa Prática para a Dor em 2008 e, também, a inclusão da mesma no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem supra mencionado.

O controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde (OE, 2008). Por isso, face ao que hoje se sabe sobre o fenómeno da dor e dos fatores que a poderão influenciar, na diversidade de cada um, vemos os enfermeiros como os profissionais mais bem colocados, pela proximidade e tempo de contacto, para a promoção, prevenção e controlo da dor. Assim, de modo a implementarmos a avaliação, controlo e registo sistemático da dor no Departamento, estabelecemos como prioridade, efetuar uma revisão sistemática da literatura e “coaching” com outras instituições de saúde acerca do modo de introdução do respetivo indicador.

Simultaneamente, foram realizadas diversas sessões de formação aos enfermeiros das várias equipas, pelo responsável da formação em serviço (Apêndice XIII), no sentido do envolvimento dos mesmos no Projeto, com a colaboração da Direção de Recursos Humanos (DRH), que decorreram entre Junho de 2011 e Março de 2012. Foram também envolvidos a equipa de Anestesiologia na co-produção de protocolos de analgesia (Apêndice XIV), bem como, o Departamento de Informática no sentido da produção de uma “folha de registo” da dor. Como corolário de toda a atividade foi desenvolvida uma Norma de Avaliação, Controlo e Registo da Dor (Apêndice XV), porém a mesma, ainda não foi aprovada,

bem como os protocolos de analgesia desenvolvidos, face ao facto de o Projeto ter ganho dimensão institucional.

3.2.2 Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros

Sendo que em Dezembro de 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu o enquadramento conceptual e seis enunciados descritivos que estabelecem uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da profissão. Neste âmbito, no que ao indicador 2.1.1 - *Formação realizada, a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* – diz respeito, consideramos fundamental que os enfermeiros se apropriem dos objetivos e finalidades do Programa, operacionalizando-o. Para atingir tal objetivo, o primeiro passo foi a nomeação do enfermeiro dinamizador do Programa em ligação com a OE (Anexo XVI). Posteriormente, foram realizadas duas ações de formação acerca dos PQCE (Anexo XVII), para as quais foram convidados um elemento de cada equipa (no sentido de difundir a informação em rede). Aproveitando os subsídios da adesão ao PQCE, os primeiros trabalhos a serem incluídos foram desenvolvidos respetivamente, pela equipa três, a Satisfação dos Utentes; pela equipa cinco, o Registo de Incidentes Críticos e Dor.

3.2.3 Política de Formação Contínua de Enfermeiros

A Formação Contínua é um processo intrínseco ao próprio Homem no qual são feitas aquisições promotoras do seu desenvolvimento. Trata-se, como o nome indica, de um processo contínuo de aprendizagem, que se inicia com a conclusão da formação pré-graduada e a obtenção do título profissional (de enfermagem), através do qual o indivíduo adquire e aprofunda conhecimentos e competências, aos níveis cognitivo, afetivo e psicomotor, que visam o desenvolvimento pessoal e profissional e se repercute na melhoria do desempenho e na qualidade dos serviços prestados.

Inserida na formação contínua, a formação em contexto de trabalho é o mais velho sistema de formação que a humanidade conhece. No caso dos enfermeiros, desde sempre, esta constituiu uma preocupação ao nível das Organizações de Saúde de forma a responder às crescentes necessidades de formação impostas quer, pela vertiginosa mudança no contexto da Saúde (políticas, técnicas, organizativas), quer pelas exigências sociais atuais.

O potencial formativo das situações de trabalho é hoje visto como propiciador de novas maneiras de pensar e de agir ancoradas nos processos de trabalho, pelo que, a formação em serviço, é uma competência dos Enfermeiros (generalistas e especialistas), encontrando-se a mesma plasmada no documento normativo da Carreira de Enfermagem (alíneas n) e p) do nº 1, Artigo 9º do Dec.- Lei nº 247/2009 de 22 de Setembro). Nos SAMS, encontra-se regulada pela via do Acordo de Empresa (Capítulo X, Clausula 98ª, números 1 a 6).

No que concerne ao indicador 6.1.1 - “existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em Serviço”, inserido no critério de *“existência de uma política e práticas de formação contínua promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade”* da dimensão *“Política de Formação Contínua de Enfermeiros”*, registamos até ao desenvolvimento deste Projeto, que a coordenação da formação em Serviço era efetuada pela Chefia do mesmo em parceria com a DRH. Porém, face às múltiplas atividades de gestão desempenhadas e à dimensão do Departamento, sentimos que a Formação em Serviço, constituía uma área de menos investimento no âmbito da nossa atividade. Assim, sabendo da importância da formação em contexto de trabalho e aproveitando os subsídios deste Projeto, procedeu-se à nomeação do Enfermeiro João Longo como Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço, em Setembro de 2011 (Apêndice XVIII).

Decorrente das suas funções, encontra-se atualmente, após ter efetuado o levantamento de necessidades de formação, a desenvolver o Plano de Formação do Departamento para o segundo semestre de 2012. Uma vez concluído, o mesmo será dado a conhecer à equipa e respetiva chefia de enfermagem, assim como à Direção de Recursos Humanos dos SAMS. Deste modo atingimos o objetivo proposto no indicador 6.1.2 – *“Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros”*.

Subjacente a qualquer processo formativo encontra-se a avaliação. Assim, no imediato, estamos a desenvolver os instrumentos que permitirão avaliar as sessões de formação (no conteúdo e na forma, bem como na performance do formador). Paralelamente, estão também a ser desenvolvidos instrumentos para monitorizar o impacto da formação na qualidade dos cuidados. Cabe ao enfermeiro responsável pela formação, coordenar o trabalho mencionado anteriormente e realizar o Relatório Anual de Formação do Departamento, em Dezembro de 2012, como exigido no indicador 6.1.3 – *“Existência de Relatório de Formação, que contemple a avaliação da formação e do impacto dos seus resultados”*.

Compete também, ao enfermeiro responsável pela formação, (até final de 2012), a criação de critérios explícitos para a seleção de formadores e/ou formandos, dando cumprimento ao disposto no Indicador 6.1.4.- *“Existência de critérios explícitos para a seleção de enfermeiros enquanto formadores e formandos (interna e externamente) ”*. Conforme Dicionário de Língua Portuguesa on-line (2012), Critério é uma regra que permite a fundamentação racional de uma escolha, decisão, deliberação, crença ou afirmação. Neste sentido, a sua existência possibilita a coerência da política de formação, clarifica as intenções, facilita a comunicação, visando a antecipação, formalização e a articulação das principais decisões a serem tomadas.

Relativamente ao indicador 6.1.5 – *“Evidência de participação de enfermeiros do Serviço em projetos/grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem”*, relevamos a participação dos enfermeiros em diferentes comissões, designadamente: Comissão de Nutrição;

Comissão de Controlo de Infecção; Comissão de Escolha de Dispositivos Médicos de Uso Geral, porém é nosso interesse alargar o âmbito a outros projetos, inserindo-os no PQCE, a partir do 2º semestre de 2012.

Atualmente, face às exigências sociais e mutações no sector da saúde, exige-se aos profissionais em geral e, particularmente, aos enfermeiros a adoção de novos referenciais, inscritos em novos paradigmas que relacionem formação, cuidados e ganhos em saúde numa matriz reflexiva. Schon (1996) afirma que os profissionais na sua prática diária enfrentam situações únicas e complexas, insolúveis, pelo que sugere uma aproximação na qual a aprendizagem dos profissionais seja facilitada pela reflexão. O mesmo autor identifica vários tipos de reflexão, dos quais destacamos: *reflexão na ação* e *reflexão sobre a ação*. A reflexão na ação é particularmente interessante pois ocorre durante a prática influenciando-a nas tomadas decisão acerca dos cuidados. Assim, sendo a prática reflexiva impulsionada através da análise das práticas, estudos de casos e da Supervisão Clínica, será implementada de modo sistemático no Departamento de Cirurgia, pelo Enfermeiro responsável pela Formação em Serviço, em colaboração com a chefia do Departamento, no intuito de abranger o preconizado no indicador 6.1.6., a qual se prevê iniciar a partir de Outubro de 2012.

Também, a articulação entre as Escolas Superiores de Enfermagem/Saúde e os Serviços de Saúde é um processo estruturante na formação dos enfermeiros. Neste contexto, temos vindo a estimular que a formação e supervisão dos estudantes passe por um projeto de articulação/parceria Escola/Departamento, em que alunos e professores sejam parte integrante das equipas de saúde e, de igual modo, os enfermeiros desta Unidades de Saúde sejam colaboradores com responsabilidades na formação dos alunos de Enfermagem. A título de exemplo, relevamos a frequência do Curso de Supervisão Clínica da ESEL por 4 enfermeiros. Preconizamos assim, que os atores do Hospital implicados na supervisão estejam mais próximos dos desenvolvimentos teóricos e científicos e que os professores se envolvam de forma mais acentuada nas realidades assistenciais, facilitando o diálogo e desfazendo contradições e contrariedades, formalizando os saberes da prática.

Zay (2000: 92) ao referir-se às lógicas e contradições do desenvolvimento da formação em parceria chama a atenção para a necessidade de: *“(...) reciprocidade, sob a forma de partilha de responsabilidades ou de tomadas de decisão, é uma das condições para a realização de uma parceria. A realização de tais condições não nasce espontaneamente. A vivência de situações de parceria é fonte de um desejo de formação”*. Isto significa que, para existir articulação é inevitável a convivência dos implicados nos ensinamentos clínicos - professores, enfermeiros e estudantes.

Podemos concluir afirmando que, o trabalho de articulação passará, certamente, por uma formação conjunta de construção e de desconstrução de problemas para além da ação, para que deste modo possamos aceder a uma prática informada, dinâmica e concreta no interior da organização de modo a

atingir o preconizado no indicador 6.2.2 – “Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem”.

3.2.4 Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem

A conquista da autonomia e a procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, aliados aos problemas quotidianos decorrentes da restrição de recursos humanos e financeiros, afetam os enfermeiros de todo o mundo e têm-nos motivado para a exploração de vias alternativas, onde surgem novas conceções de cuidados de enfermagem e de novos modelos de organização da prestação de cuidados.

Os modelos tradicionais de organização de cuidados de enfermagem foram-se enriquecendo com novas conceções orientadas para a pessoa e para a complexidade. É que, a boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização - não é a pura satisfação de um direito formal; à competência técnica deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social (Jorge & Simões, 1995).

Estaremos, assim, segundo os mesmos autores, a enveredar, objetivamente, por uma qualidade global “conjunto de atividades em prática, para favorecer e manter um elevado nível de excelência, resultante da interação entre humanização (qualidade humana no relacionamento e atendimento) e excelência técnica (qualidade e segurança na prestação de cuidados)” (p.291). Os parâmetros quantitativos conhecidos como carga de trabalho, a determinação dos efetivos, o *ratio* custo - eficácia tornaram-se insuficientes para conseguir estes objetivos, em alguns modelos de prestação de cuidados de enfermagem.

No nosso caso concreto, o modelo de organização dos cuidados baseia-se no conceito de cuidado global o que implica a afetação de um enfermeiro a um ou mais clientes, se a “carga de trabalho” o permitir – Método Individual de Trabalho (Lopes, 1995). Porém, face ao volume de utentes e da rotatividade dos mesmos, verificámos alguma tendência da equipa da enfermagem, especialmente nos turnos da tarde e da noite para abandonar o método de trabalho preconizado e anteriormente referido, em abono de um processo global de trabalho parcelarizado em tarefas.

Assim, aproveitando o desenvolvimento do presente trabalho, tendo como referente os PQCE, concretamente o Padrão relativo à organização dos cuidados e o facto de termos elaborado o Quadro de Referência do Departamento, considerámos pertinente envolver os chefes de equipa, pela via da sensibilização/formação, enquanto garantes da formalização do Quadro de Referência e da adoção da metodologia de organização dos cuidados definida. Para atingir tal finalidade, tem vindo a ser utilizada a “passagem de turno” para realizar pequenas formações acerca dos diversos métodos de organização dos cuidados de enfermagem e apresentação formal do Quadro de Referência do Departamento de Cirurgia.

3.3 Limitações do Projeto

Ao efetuarmos uma análise retrospectiva do trabalho desenvolvido no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, no Departamento de Cirurgia do Hospital dos SAMS, diferentes variáveis condicionaram o “contínuo projeto-realizado”. Destas variáveis renovamos, algumas que haviam sido antecipadas, aquando da apresentação do Projeto e que se tornaram realidade, designadamente, as dificuldades relacionadas com o envolvimento da equipa de enfermagem bem como da gestão de topo, embora discursivamente referissem o interesse e pertinência do projeto.

Ao nível pessoal, também diversas dificuldades surgiram. De modo global, relacionadas com a própria metodologia de trabalho de projeto. Especificamente, relacionadas com a tomada de consciência do objeto a intervir, bem como, relativas à escolha e seleção de um instrumento de diagnóstico que nos ajudasse a “ler a realidade” e, simultaneamente, desocultasse as necessidades de intervenção à luz de indicadores de qualidade estabelecidos pela própria profissão.

Por último, relevamos as dificuldades de coordenação entre os *timings* de realização das intervenções e a realização e término do Projeto, enquanto instrumento académico.

3.4 Sugestões de Trabalhos Futuros

Face às atuais exigências, sociais, tecnológicas e políticas que atravessam os diversos sectores na área da saúde, urge tomar consciência da necessidade de fomentar processos de melhoria contínua da qualidade. Neste sentido, assumimos que este trabalho tem ainda um carácter “exploratório”, pelo que carece de ser continuado e ampliado designadamente, no quadro do QPCE, persistindo na sensibilização da equipa para a necessidade de assumir os Padrões de Qualidade dos Cuidados enquanto referente de boas práticas.

Por outro lado, evidencia-se a pertinência de formar a equipa (multidisciplinar), em áreas técnicas identificadas como lacunares e na área da qualidade dos cuidados, organizada na identificação de problemas de estrutura, de processo e/ou de resultado ou, ainda, com base no Resumo mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem.

No âmbito da Supervisão Clínica, importa desenvolver parcerias efetivas, com alguns estabelecimentos de ensino, nomeadamente com a ESEL.

REFLEXÃO FINAL

Ao terminarmos o nosso Projeto de Intervenção, é chegado o momento de efetuarmos uma síntese das ideias significativas, efetuar uma avaliação dos objetivos a que nos propusemos inicialmente e também refletirmos um pouco sobre o processo e consecução do mesmo.

Revisitando o percurso efetuado, este Projeto de Intervenção teve o seu início com a elaboração do diagnóstico/identificação do problema necessidade, seguindo-se a proposta de intervenção, com o gizar dos objetivos e consequentes atividades a desenvolver, na perspetiva dos resultados a alcançar.

Apraz-nos referir, que foi desafiante trabalhar dois domínios de competências inscritas nas competências comuns do enfermeiro especialista, designadamente - O Domínio da Gestão da Qualidade e o Domínio da Gestão dos Cuidados, numa perspetiva empreendedora de governação clínica, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e melhorando a articulação na equipa multiprofissional, adaptando o estilo de liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados e os consequentes ganhos em saúde deles resultantes.

Ainda no âmbito do diagnóstico, foi também curioso e desafiante efetuar a análise das práticas no Departamento de Cirurgia, “à luz” de documentos como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e das dimensões de análise constantes do Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínicas, enquanto referentes de Qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com efeito, a Enfermagem enquanto profissão de ajuda por excelência, exige ao enfermeiro gestor um corpo de conhecimentos sólidos baseados em evidências científicas, que permitam o rumo a uma prática profissional responsável, autónoma e de elevada qualidade que vá de encontro às necessidades do cliente/família valorizando cada vez mais a humanização dos cuidados, dando ênfase à relação de ajuda para que assim possamos prestar cuidados de verdadeira qualidade.

Neste percurso pudemos constatar que, ao enfermeiro gestor está reservada a intervenção em situações mais complexas, tendo sempre em vista a excelência do cuidar, a partir da reflexão da prática profissional e do saber científico, aplicando níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão e, assumindo um papel de “prestador de cuidados diferenciados”, de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa de saúde. Necessariamente, este nível de atuação, implica a aquisição e desenvolvimento de um conjunto de competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem, no qual emerge um entendimento profundo não só sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida mas, também, da máxima eficácia na organização dos cuidados.

O enfermeiro gestor sendo detentor de um vasto conjunto de conhecimentos, deve ser um facilitador e orientador de outros enfermeiros, de modo a que estes caminhem no sentido de construir o seu próprio

conhecimento. Dando origem a um processo de transformação, intervindo na dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades), do saber-ser (atitudes e comportamentos) e do saber – apreender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação), a interação destes saberes irão conduzir a um saber-transformar-se. Neste sentido, o enfermeiro gestor deverá desenvolver, ao longo do seu percurso profissional, competências que lhe permitam cada vez mais caminhar para a excelência no cuidar.

Deste modo, pensamos ter conseguido demonstrar a capacidade de mobilizar conhecimentos da nossa formação académica e da nossa experiência profissional enquanto gestora de uma unidade de saúde, para a resolução de problemas complexos na área da gestão em enfermagem, influenciando grandemente a qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, proporcionando a obtenção de ganhos em saúde.

No término deste trabalho, sentimos que o caminho percorrido para a aquisição de competências não constitui nem um fim em si mesmo, nem o fim de um processo, mas sim o princípio de uma nova etapa. O caminho a percorrer ainda é longo, de forma a contribuir para a qualidade dos cuidados e do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e da profissão, onde o enfermeiro gestor tem responsabilidades acrescidas em todo esse processo. Pois como refere Hesbeen (2001:43) “(...) a experiência por si não gera conhecimentos, necessita de ser refletida, discutida e conceptualizada”. Assim, pretendemos continuar o nosso percurso de intervenção (inclusive porque algumas das intervenções serão ainda objeto de desenvolvimento), assegurando a qualidade dos cuidados de enfermagem, através de uma gestão que assevere a prestação de cuidados adequados às necessidades identificadas e, suportados pela evidência científica.

A consecução deste trabalho possibilitou, a obtenção de vários resultados ao nível organizacional. Globalmente o Hospital SAMS “ficou mais rico”, porque obteve um instrumento ancorador das suas práticas – Quadro de Referencia para o exercício profissional. Ao nível do Departamento de Cirurgia, diversos subsídios foram obtidos, designadamente: realização do Quadro de Referência para o Departamento; ampliação do âmbito da avaliação a outros indicadores de qualidade dos cuidados (Dor; Satisfação do Utente; Incidente Críticos); nomeação do Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço e do Enfermeiro de ligação ao PQCE; realização de diversas formações, nomeadamente, no âmbito do PQCE e indicadores de qualidade.

A nível pessoal e enquanto gestora da Unidade de Saúde, a consecução deste projeto facilitou o desenvolvimento de “novas competências” que, associadas à motivação, se traduziram num olhar “mais crítico” acerca das práticas levadas a cabo no Departamento, impelindo-nos a intervir e mobilizar recursos, cuja finalidade foi operar mudança e consequente melhoria na Qualidade dos Cuidados, com

vista à obtenção de ganhos em saúde relativos ao cuidado de enfermagem e decorrentemente à satisfação dos utentes.

Na introdução definimos alguns propósitos. Estamos agora em condições de afirmar que, não obstante as dificuldades e vicissitudes deparadas, que se prenderam essencialmente com questões de ordem pessoal e também temporal, pensamos ter alcançado satisfatoriamente os propósitos gizados inicialmente.

Terminamos, sublinhando o carácter reformador da metodologia de trabalho de projeto, como ferramenta de intervenção nos contextos de trabalho. Este Projeto de intervenção constituiu assim, mais uma etapa importante na nossa formação, pois permitiu-nos aprofundar, não só, uma área que nos preocupa enquanto gestora – a qualidade em saúde, especificamente a qualidade dos cuidados de enfermagem. Sobretudo, este trabalho proporcionou-nos a possibilidade de continuar a enriquecer a “arca pessoal de conhecimento”, tendo porém a certeza de que, começando hoje, decerto faríamos diferente...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.
- Abreu, Wilson C. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico. Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau/Educa.
- Abreu, Wilson C. (2008). *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. Coimbra: Formasau/Educa.
- Barbier, J. (1993). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), p.11-18.
- Bittar, O. (2001). *Indicadores de Qualidade e Quantidade em Saúde*. Consultado em 10 de Fevereiro 2012, em: http://www.ellusaude.com.br/adm_hosp/artigos/05.pdf.
- Carvalho, A. e Diogo, F. (2001). *Projecto Educativo*. 4ª Edição, Porto: Edições Afrontamento.
- Carvalho, F. M.; Ferreira, L. M. e Ferreira, P. J., Ribeiro, O. P. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Revista Millenium*, 35. Consultado em 24 de Outubro de 2011, em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>.
- Catsambas, T. T.; Kelley, E.; Legros, S.; Massoud, R. e Bouchet B. (2002). The evaluation of quality assurance : developing and testing practical methods for managers. *International Journal for Quality in Health Care*, 14 (1), p. 75-81.
- Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing research methodology*, p. 237-257.
- Cipolla, C. e Giarelli, G. A. L. (orgs.) (2002). *Valutare la qualità in sanità*. Milano: Angeli, p. 430-437.
- Couto, R.C. e Pedrosa T.M.G., (2003). *Hospital, gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade: Viabilizando a sobrevivência*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica.
- Decreto Lei nº 437/91 de 8 de Agosto. *Diário da República nº 257/91 – Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa.

- 📖 Decreto Lei nº 247/09 de 22 de Setembro. *Diário da República nº 184/09 – Série I*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- 📖 Dias, H. (2000). Cuidados Paliativos. *Dossier Sinais Vitais*, 4. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde.
- 📖 Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Consultado em 05 de Outubro de 2011 e 02 de Fevereiro de 2012, em <http://www.priberam.pt/dlpo/>.
- 📖 Doran, D. I.; Sidani, S.; Keatings, M. e Doidge, D. (1998). Linking outcomes to nurse roles the health care. *Nursing Economics*, 16 (2), p. 58-64, 87.
- 📖 Doran, D. I.; Sidani S.; Keatings M. e Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38 (1), p. 29–39.
- 📖 Donabedian, A. (1986). La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Publica de Mexico*, 29, p. 324-327.
- 📖 Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de Mexico*, 32, p. 113-117.
- 📖 Escoval, A. (2003). Qualidade e Contextos Organizacionais. *Revista da Ordem*, 10, p. 24.
- 📖 Eisenberg, L., e Kleinman, A. (1981). *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing.
- 📖 Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, p. 129-136.
- 📖 Fawcett, J. e Russell, G. (2001). A Conceptual Model of Nursing and Health Policy. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2, p. 108. Consultado em Abril 2012 em <http://ppn.sagepub.com/cgi/content/refs/2/2/108>.
- 📖 Florentim, R. (2006). A Qualidade dos Cuidados de Saúde prestados no Departamento de Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira: um estudo empírico. *Revista Investigação em Enfermagem*, 13, p. 15-26.
- 📖 Fortin, M.F. (1999). *O processo de Investigação: Da conceção à realização* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

- Giarelli, G. (2002). Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità. *Salute e Società*, 1, p. 7-9.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Illich, I. (2005). *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Milano: Boroli Editore.
- Jorge, I. C., e Simões, M. C. (1995). A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. *Servir*, 43 (6), p. 290- 296.
- Juran, M. (1986). The Quality Trilogy: A universal approach to managing for quality. *Juran Institute - Quality Progress*, 19 (8), p. 19-24.
- Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A. e Major, F. (1996). *El pensamento enfermeiro*. Barcelona: Masson.
- Landesberg, P. (1999). In the beginning, there were Deming and Juran. *The journal for quality & participation*, 6 (22),p. 58-61.
- Lopes, N. G. M. (1995). Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais. *Enfermagem*, 6, p. 34-39.
- Meleis, A.I. (1997). *Theoretical nursing: Development and progress* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott Co.
- Meleis, A.I. (2000). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in research and practice*. Consultado em Março 2012, em http://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf.
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E-O.; Messias, A.K.H. e Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), p. 12-28.
- Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2008). *Plano Nacional de Controlo da Dor*. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2009). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde D R n.º 120, 2ª Série.
- Ministério da Saúde (2011). Relatório Final do Grupo Técnico Para a Reforma Hospitalar. DR n.º 162, 2ª Série.

Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Consultado em Julho e Setembro 2012, em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016>.

Nogueira, N.R. (2005). *Pedagogia dos Projectos, Etapas, Papéis e Actores*. São Paulo: Editora Erica.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012). *Relatório de Primavera de 2012*. Consultado em Julho de 2012, em: www.observaport.org.

OMS (1986). *Glossário preparado para o European Training Course on Quality Assurance*.

OMS (1988). Qualità dei servizi sanitari. *Quaderni di sanità pubblica*, 57, p. 4-36.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento concetual; Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem: Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Consultado em Outubro de 2011, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática*. Cadernos OE, Série I, 1, p. 9-23, p. 29-51.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Consultado em Outubro de 2011, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. Consultado em Outubro de 2011, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf.

Oroviogicoechea, C. (1996). The clinical nurse manager: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (6), p. 1273-1280.

- 📖 Ortigosa, E. R. (2000). *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*. Milano: Angeli.
- 📖 Paúl, C.; Martin, I. e Roseira, L. (1999). *Comunidade e Saúde: Satisfação dos Utenes e Voluntários*. Porto: Afrontamento.
- 📖 Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros - Estudo Empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- 📖 Pereira, L. (2003) Qualidade: ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em Saúde*, 7, p. 3-8.
- 📖 Pessoa, M. (2005). A Qualidade enquanto fator de mudança nas organizações de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 4, p.49-52.
- 📖 Pisco, L. e Biscaia, L. (2001) Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (2), p. 43-51.
- 📖 Psychogios, A. e Priporas, C. (2007). Understanding total quality management in context: qualitative research on managers awareness of TQM: aspects in the Greek Service Industry. *The Qualitative Report*, 12 (1), p. 40-66.
- 📖 Quinti, G. (2001). *Qualità e politiche sanitarie*. Roma: Officina.
- 📖 Ribeiro, Olivério; Carvalho F. M., Ferreira L. M. M. e Ferreira P. J. M. (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium - Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 35, p.1-20. Consultado em Novembro de 2011 em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium35/7.pdf>.
- 📖 Roemer, M. e Aguilar, C. (1988). *Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud*. Genebra: Organización Mundial da Saúde.
- 📖 Ruivo, M. A.; Ferrito, C. e Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: *Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos*, 15 (Janeiro-Março), p. 2-37.
- 📖 Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia.
- 📖 Santos, J. (2002). Ensaio sobre Educação. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 5 (Janeiro), p. 22-23.

- 📖 Sarmento, M. (1994). *A Vez e a Voz dos Professores. Contributo para o estudo da cultura organizacional da escola primária*. Porto: Porto Editora.
- 📖 Schumacher, K.L. e Meleis, A.I. (1994) Transitions: a central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), p. 119-127.
- 📖 Serapioni, M. (1999). Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspetiva dos profissionais. *Saúde em Debate*, 53, p. 81-92.
- 📖 Shaw, C. e Kalo, I. (2002). *A Background for National Quality Policies in Health Systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 📖 Silva, J. O. (2001). Qualidade em serviços públicos. *Qualidade em Saúde*, 5, p. 8-9.
- 📖 Sindicato dos Bancários do Sul E Ilhas (2005). *Venha conhecer o SBSI. Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas*. Lisboa: SBSI.
- 📖 Sindicato dos Bancários do Sul E Ilhas (2007). *Acordo de Empresa - Aplicável aos Enfermeiros dos SAMS*. Lisboa: SBSI.
- 📖 Teixeira, J. D. R.; Camargo, F. A.; Tronchin, D. M. R.; Melleiro, M. M.(2006). A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. *Revista de Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 2 (14), p. 271-278.
- 📖 Tomey, A. M.; Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5.º ed.). Loures: Lusociência.
- 📖 Uchimora, K. e Bosi, M. L. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programa e serviços em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 6 (18), p. 151-169.
- 📖 Vuori, H. (1982). *Quality Assurance of Health Services*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 📖 Vuori, H. (1991). A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para debate*, 3, p. 17-25.
- 📖 Zairi, M., e Baidoun, S. (2004). Understanding the essentials of total quality management: a best practice approach. *Bradford University School of Management*, 3 (3), p 1-28.

📖 Zay, D. (2000). *Desenvolvimento das Parcerias Responsabilidades no Ensino e na Formação. In Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação – Balanço de um Projecto*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

📖 Zagonel, P. S. Ivete (1999). O Cuidado Humano Transicional na trajetória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 3 (7). Consultado em Março de 2012 em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691999000300005&lng=pt&nrm=iso&userI D=-2.

APÊNDICES

Apêndice I – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais



Baseado nas *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*, OE (2003).

Apêndice II – Caraterização dos SAMS

1.1 Breve caracterização dos SAMS...

Os SAMS são os Serviços de Assistência Médico-Social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas (SBSI). Iniciaram a sua função em 01 de Janeiro de 1976 e têm como principal objectivo “(...) a prestação de cuidados de saúde, apoio na maternidade e terceira idade, bem como noutras situações afins de carácter social, (...) assumindo-se como um sistema complementar de saúde que assegura aos seus beneficiários cuidados de saúde através da: (i) prestação direta de cuidados de saúde; (ii) atribuição de participações, por atos realizados fora dos SAMS” (SBSI, 1996:33). A sua atividade de prestação direta de cuidados poderá ser consultada no Apêndice III.

- *Organização e Estrutura Hospitalar*

O hospital dos SAMS, inaugurado em Setembro de 1994, entrou em funcionamento em Novembro do mesmo ano. Situa-se em Lisboa, mais concretamente nos Olivais Sul, “dispõe de recursos materiais e humanos ao serviço de uma medicina de qualidade, humanizada e tecnicamente avançada” (SBSI, 1996:37). Em estreita articulação com os Serviços Ambulatórios anteriormente referidos, o Hospital dispõe de 121 camas e é constituído por 11 pisos, 9 dos quais de uso público (Apêndice III).

- *Organização e Estrutura do Departamento de Cirurgia*

A estrutura física do Departamento de Cirurgia compreende dois pisos (Apêndice III), num total de 54 camas, distribuídas por 21 quartos privados, 12 quartos semi-privados (com casa de banho privativa) e uma unidade de cuidados intermédios com sete unidades, no piso 6. Cada uma destas unidades, está preparada para admitir um cliente e equipada com: monitor de monitorização múltipla (ECG, saturação, TA e FC e ainda, quando necessário, pressões invasivas), seringas e bombas infusoras, rampas de oxigénio, de aspiração e de ar comprimido.

Cada piso possui capacidade de funcionamento autónomo, com zonas de serviço e de apoio distintas (sala de trabalho, sala de pensos, gabinete da Enfermeira-Chefe, sala de reuniões, armazém para material diverso e medicação (stock), copa, e casa de banho para os profissionais de saúde).

- *Circuito do Cliente*

O Departamento de Cirurgia, como o próprio nome indica, está vocacionado para clientes de foro cirúrgico, designadamente nas seguintes valências: Cirurgia Geral, Ortopedia, Urologia, Proctologia, Neurocirurgia, Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Otorrinolaringologia e Oftalmologia.

Comummente a proveniência dos clientes é de ambulatório com cirurgia eletiva. Todavia, também podem afluir, da urgência, do Bloco Operatório (quando pela gravidade da situação clínica, deram entrada direta no mesmo) e ainda dos Departamentos de Medicina e Ginecologia (quando estes se encontram lotados).

- *Equipa de Saúde*

Relativamente aos recursos humanos, o departamento possui uma vasta equipa multidisciplinar (Apêndice III). Relativamente aos enfermeiros, a equipa de enfermeiros gestores é constituída por uma Enfermeira-Chefe e dois enfermeiros Sub-Chefes. Para além destes, existem cinco equipas de enfermeiros que prestam cuidados diretos, sendo cada equipa composta por oito elementos. O organograma da Departamento poderá ser consultado no Apêndice IV.

- *Paradigma Orientador e Organização do Trabalho da Equipa de Enfermagem*

O Hospital dos SAMS não possui Quadro de Referência, motivo pelo qual não podemos apresentar, o paradigma orientador da praxis de enfermagem.

Relativamente à organização do trabalho, o método utilizado é o método individual que se baseia no conceito de cuidado global e implica a afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais de que um, não sendo o atendimento fragmentado durante o tempo que o enfermeiro está em serviço. Por conseguinte, a totalidade dos cuidados (Diagnóstico, intervenção e avaliação) é prestada pelo enfermeiro afeto ao(s) cliente(s), embora não possa ser coordenado de um turno para o turno seguinte, por ocorrerem alterações nas designações das tarefas e porque o *ratio* cliente/enfermeiro pode variar. A Enfermeira-Chefe é a responsável pela supervisão e avaliação dos cuidados e ainda pela gestão dos recursos humanos e materiais.

O Sistema de Informação de enfermagem é digital (IBM AS400), em fase de substituição por novo sistema operativo - MedTrackCare.

Apêndice III – Rede de Ambulatório dos SAMS

REDE DE AMBULATÓRIO DOS SAMS



- 1 Centro Clínico de Ambulatório (onde funcionam fisioterapia);
- Postos Clínicos Periféricos (Almada, Amadora, Barreiro, Odivelas e Parede);
- 14 Postos Clínicos Regionais (Beja, Castelo Branco, Covilhã, Évora, Faro, Portalegre, Santarém, Setúbal, Tomar, Torres Vedras, Angra o Heroísmo, Horta, Ponta Delgada e Funchal).
- 1 Hospital (Lisboa);
- 1 Lar de Idosos (Brejos de Azeitão);
- Serviços Farmacêuticos (Centro Clínico e Hospital);
- Óptica (Centro Clínico, Postos Clínicos Periféricos e REGIONAIS).



HOSPITAL SAMS

PISOS	DEPARTAMENTOS	DESCRIPTOR
PISO 8	DIRECÇÃO; SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS E SERVIÇO DE HEMODIÁLISE	
PISO 7	DEPARTAMENTO DE MEDICINA	COMPREENDE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS MÉDICOS COM 6 CAMAS
PISO 6	DEPARTAMENTO DE CIRURGIA	MAIS VOCACIONADO PARA A CIRURGIA GERAL, UROLOGIA E PROCTOLOGIA. COMPREENDE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS CIRÚRGICOS COM 7 CAMAS.
PISO 5		MAIS VOCACIONADO PARA A ORTOPEDIA, CIRURGIA PLÁSTICA, NEUROCIRURGIA, MAXILO-FACIAL, GINECOLOGIA, CIRURGIA VASCULAR, OTORRINOLARINGOLOGIA E OFTALMOLOGIA
PISO 4	DEPARTAMENTO DE OBSTÉTRICA E NEONATOLOGIA.	A OBSTÉTRICA COMPREENDE 3 SALAS DE PARTO, 1 SALA DE OPERAÇÕES 1 SALA DE RECOBRO. A NEONATOLOGIA COMPREENDE UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS E UM BERÇÁRIO.
PISO 3	BLOCO CENTRAL UCIP	O BLOCO CENTRAL COMPREENDE 4 SALAS DE GRANDE E MÉDIA CIRURGIA, 1 SALA DE PEQUENA CIRURGIA E UMA UNIDADE DE ESTERILIZAÇÃO. A UCIP COMPREENDE 8 CAMAS, DUAS DAS QUAIS EM ISOLAMENTO.
PISO 2	URGÊNCIA E SO IMAGIOLOGIA EXAMES ESPECIAIS	A IMAGIOLOGIA COMPREENDE RX, TAC E RMN OS EXAMES ESPECIAIS COMPREENDEM 3 VALÊNCIAS: GASTROENTEROLOGIA, PNEUMOLOGIA E CARDIOLOGIA, ONDE SÃO EFECTUADAS EDA'S, COLONOSCOPIAS, CPRE'S, FIBROSCOPIAS E ANGIOGRAFIAS.
PISO 1	LABORATÓRIO SERVIÇO DE IMOHETERAPIA DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA	
PISO 0	SERVIÇOS FARMACÊUTICOS SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO MORGUE ROUPARIA ARMAZÉNS	



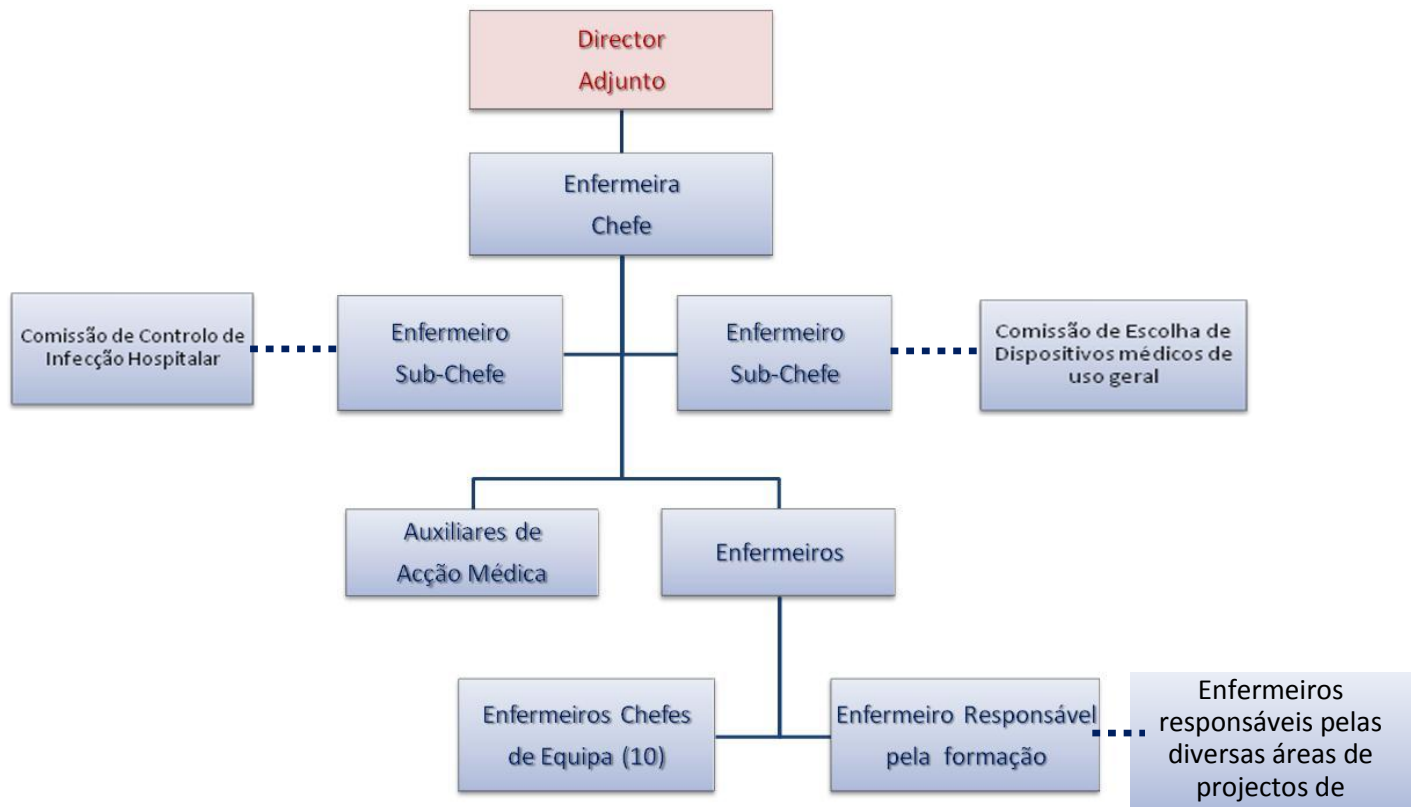
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

- RECURSOS HUMANOS -

GRUPO PROFISSIONAL	DESIGNAÇÃO	Nº DE ELEMENTOS
MÉDICOS	CIRURGIA GERAL	7
	ORTOPEDIA	3
	UROLOGIA	2
	CIRURGIA PLÁSTICA	3
	MAXILO-FACIAL	2
	OFTALMOLOGIA	2
	OTORRINOLARINGOLOGIA	2
	NEUROCIRURGIA	2
	CIRURGIA VASCULAR	2
	PROCTOLOGIA	1
	CARDIOTORACICA	1
ENFERMEIROS	CHEFES	1
	SUB-CHEFE	2
	GENERALISTAS	40
AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA		31
FISIOTERAPEUTAS		3
DIETISTAS		2
ASSISTENTE SOCIAL		1

Apêndice IV – Organograma do Departamento de Cirurgia dos SAMS

Organograma Hospital SAMS – Departamento de Cirurgia



Apêndice V – Ata da reunião com os Chefes de Equipa de Enfermagem do Departamento de Cirurgia

Departamento de Cirurgia - SAMS

ACTA DE REUNIÃO

Dia: 24 de Outubro 2011 **Hora de início:** 14:30

Local: sala de reuniões, Departamento de Cirurgia – Piso 6 **Hora de fim:** 15:30

Presenças: Enf.ª Luísa Ribeiro, Enf.º Rui Valcôvo, Enf.ª Dalila Matias, Enf. Mário carvalho, Enf.ª Helena Melo, Enf.º Carlos Branca, Enf.ª Ana Gonçalves, Enf.º Manuel Ferreira, Enf.ª Helena Alves, Enf.º Carlos Hipólito, Enf.ª Sandra Avelar.

Agenda

Informar sobre a autorização do Enf.º Supervisor e do conselho de Gerência para realizar um “Projeto inovador em contexto de trabalho” denominado “Desenvolver a reflexão sobre as práticas e implementar um processo de melhoria da qualidade de cuidados no Departamento de Cirurgia”, com o objetivo de implementar um processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Solicitar colaboração das diferentes equipas no desenvolvimento do projeto.

Decisões tomadas

No decorrer da reunião foram tomadas decisões com base nas sugestões dos seguintes chefes de equipa:

- Equipa 3: nas “passagens de turno” sensibilizar toda a equipa sobre a importância da adesão a este Projeto;
- Equipa 5: propuseram desenvolver o Projeto da Dor.

Data da próxima reunião: Não ficou agendada qualquer reunião **Hora de início:**

Local:

Pontos em agenda:

Apêndice VI – Ata da reunião com o Enfermeiro Supervisor e Conselho de Gerência do Hospital dos SAMS

Departamento de Cirurgia - SAMS

ACTA DE REUNIÃO

Dia: 27 de Setembro 2011 **Hora de início:** 10:30

Local: Departamento de Cirurgia – Piso 6 **Hora de fim:** 11:00

Presenças: Enf.ª Luísa Ribeiro, Enf.º Alcides Peixeiro - Enf.º Supervisor dos SAMS, Palmira Carvalho – Conselho de Gerência do Hospital SAMS

Agenda

Informar e solicitar autorização para realizar um “Projeto inovador em contexto de trabalho” denominado “Desenvolver a reflexão sobre as práticas e implementar um processo de melhoria da qualidade de cuidados no Departamento de Cirurgia”, com o objetivo de implementar um processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Decisões tomadas

Autorização para desenvolvimento do projeto por parte do enf.º Supervisor e do representante do Conselho de Gerência do Hospital dos SAMS.

No decorrer da execução deste projeto, caso a Enf.ª Luísa Ribeiro considere necessário, o Enf.º estará disponível para colaborar.

Ficou ainda acordado que do desenvolvimento do mesmo seria dado a conhecer ao Enf.º Supervisor.

No final da execução do Projeto este será dado a conhecer ao Enf.º Supervisor e ao Conselho de Gerência do Hospital dos SAMS.

Data da próxima reunião: Não ficou agendada qualquer reunião **Hora de início:**

Local:

Pontos em agenda:

Apêndice VII – Autorização do Conselho de Gerência do Hospital dos SAMS

619-11

Ao Conselho de Gerência do Hospital dos SAMS

Exmos. Senhores,

No âmbito da frequência do II Mestrado em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, na área de Gestão, venho solicitar autorização para realizar um projeto inovador em contexto de trabalho, denominado "Desenvolver a reflexão sobre as práticas e implementar um processo de melhoria contínua da qualidade de cuidados no Departamento de Cirurgia no Hospital dos SAMS", com o objectivo de implementar um processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, utilizando a metodologia de Nicklin, na sequência de um diagnóstico situacional, que será desenvolvido até Fevereiro de 2012. Mais informo, que este projeto não terá custos para a Instituição.

Lisboa, 14 de Outubro de 2011

Com os melhores cumprimentos

Vinda a opor ao pedido
da D.ª Chefe Luísa Ribeiro.
Este estudo tem interesse
para a instituição.

Ribeiro
26.10.2011

Mestranda Luísa Maria Fialho Ribeiro

Luisa Ribeiro

C.c.: Enf.º Engenheiro
D.ª Helena Machado
D.º Clínico
D.º António Carudo
DGS

Apêndice VIII – Grelha de Análise

GRELHA de ANÁLISE

Dimensão	Critério	Indicador	Análise/Diagnóstico	Proposta de Intervenção
1. Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem	1.1. Existência de um enquadramento concetual de referência para o Exercício Profissional da Enfermagem	1.1.1. Que o quadro de referência contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos.	➤ Não existe	➤ Elaborar um Quadro de Referência para o Hospital e para o Departamento de Cirurgia dos SAMS. (até Março de 2012)
		1.1.2. Que o quadro de referências plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros.		
		1.1.3. Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a conceptualização de enfermagem.		
	1.2. Existência de um Plano de Atividades de Enfermagem	1.2.1. Participação dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de atividades.	➤ Existe No âmbito das suas funções, os chefes de equipa têm áreas de responsabilidade na elaboração do plano de actividades.	
		1.2.2. Evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros.	➤ Existe parcialmente Elaborado e aplicado instrumento de diagnóstico relativamente ao grau de Satisfação do Cliente.	➤ Alargar o âmbito da avaliação a outros indicadores, designadamente, a Dor (em desenvolvimento: realizadas várias ações de formação)
		1.2.3. Relatórios de actividades disponíveis.	➤ Existe Elaborado anualmente Relatório de actividades.	
2. Sistema de Melhoria Contínua da	2.1. Existência de dispositivos	2.1.1. Formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.	➤ Não existe	➤ Nomear enfermeiro do Departamento como elemento de ligação aos

Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros	que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	2.1.2 Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE.	➤ Não existe	PQCE (até Abril de 2012) ➤ Realizar Formação no âmbito dos PQCE (durante o ano 2012/2013) ➤ Realizar Formação acerca da Dor enquanto 5º Sinal Vital, Registo de Incidentes críticos e outros Indicadores de Qualidade (até Fevereiro de 2012)
		2.1.3 Em curso, pelo menos um projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem.	➤ Existe Desenvolvido e aplicado: - Registo de Incidentes Críticos; - Questionário de Avaliação (sobre o grau) da Satisfação dos Utentes. - Projeto da Dor;	
	2.2. A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correção dos desvios, caso se verifique	2.2.1. Existência de sistemas de registo de eventos-sentinela.	➤ Existe Implementado do Registo de incidentes críticos.	➤ Não será objeto de intervenção durante o desenvolvimento do trabalho
		2.2.2. Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; Joint Commission; King’s Fund).	➤ Não existe	
		2.2.3. Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e de uma carta de risco clínico e ambiental.		
		2.2.4. Evidência de proatividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem.	➤ Existe Existência de formulário (da organização) para recolha de reclamações. Entrega das reclamações à “equipe-alvo” para análise e reflexão sobre as práticas e identificação dos aspetos a melhorar; elaboração de relatório com proposta de resolução do problema identificado.	
	2.3. Existência de procedimentos de segurança documentados e atualizados	2.3.1. Controlo e monitorização de infeção associada aos cuidados de saúde.	➤ Existe Existência de Comissão de Controlo de Infeção, com participação de um elemento do Departamento.	
		2.3.2. Triagem de resíduos.	➤ Existe Feita a triagem dos resíduos e respetiva recolha de acordo com legislação em vigor, em regime de “out-sourcing” por empresa certificada.	

Qualidade de Cuidados no Departamento de Cirurgia, no Hospital dos SAMS

		2.3.3. Manutenção preventiva (sistema elétrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício).	➤ Existe Existência de contratos de manutenção em regime de "out-sourcing" com empresas certificadas.	
		2.3.4. Armazenamento dos stocks.	➤ Existe - Armazenamento de stocks em instalações adequadas, com monitorização das validade; - Gestão de stocks por níveis; - Inventários trimestrais e anuais.	
		2.3.5. Existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos de lixo e sujos, ...).	➤ Existe Instalações Adequadas à prática de Enfermagem. Hospital licenciado junto da Direcção Geral de Saúde - UPS01/01.98.	
	2.4. Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem	2.4.1. Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços.	➤ Existe Seleção anual de acordo com parecer de Comissão de Dispositivos Médicos de uso geral.	
		2.4.2. Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos.	➤ Existe Existência de vários contratos de manutenção de equipamento em regime de "out-sourcing" com empresas certificadas.	
		2.4.3. Existência de um sistema de gestão de stocks.	➤ Existe Utilização do Sistema de Informação em Enfermagem, AS 400 para gestão de stocks.	
	3. Sistemas de Informação em Enfermagem; organizado em torno da sistematização do processo	3.1. A existência de um sistema de informação em enfermagem	3.1.1. Que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.	➤ Existe Utilização do Sistema de Informação em Enfermagem, AS 400/Trakcare, sistema em transição, para registo de diagnósticos, intervenções e resultados em Enfermagem.
			3.1.2. Que explicita o processo de tomada de decisão.	➤ Não existe ➤ Não será objeto de intervenção durante o desenvolvimento do trabalho

Qualidade de Cuidados no Departamento de Cirurgia, no Hospital dos SAMS

de tomada de decisão		3.1.3. Que utilize Linguagem classificada – CIPE.	➤ Não existe	
	3.2. Sistemas de Informação em Enfermagem de acordo com as diretrizes da OE para a sua certificação	3.2.1. Que respeitem os princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais.	➤ Não existe	
		3.2.2. Que incorporem o resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais atualizada).	➤ Não existe	
4. Satisfação profissional dos Enfermeiros	4.1. Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros	4.1.1. Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros.	➤ Não existe	➤ Não será objeto de intervenção durante o desenvolvimento do trabalho
		4.1.2. Evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros.	➤ Não existe	
	4.2. Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros	4.2.1. Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade/gestão de Recursos Humanos.	➤ Não existe	
5. Dotações seguras em Enfermagem	5.1. Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem;	5.1.1. Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.	➤ Existe O quadro de pessoal está de acordo com as dotações recomendadas (OE), sendo <i>ráti</i> o ajustado diariamente e em cada turno.	
		5.1.2. Adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.		
	5.2. Evidência de estabilidade na equipa de enfermagem	5.2.1. Índice de rotatividade anual inferior a 15%.	➤ Existe Taxa de rotatividade no biénio 2009/11 foi de 2,3%.	

Qualidade de Cuidados no Departamento de Cirurgia, no Hospital dos SAMS

	5.3. Escalas de trabalho adequadas	5.3.1. Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.	➤ Existe Conforme o Acordo de Empresa aplicável aos enfermeiros dos SAMS.	
	5.4. Ter recursos humanos para PTE	5.4.1. Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE.	➤ Não existe	➤ MDP, por regulamentar
		5.4.2. Respeito pelo <i>rátio</i> supervisionando - número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.		
6. Política de Formação Contínua de Enfermeiros	6.1. A existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade	6.1.1. Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em Serviço.	➤ Não existe	➤ Nomear um enfermeiro responsável pela Formação em Serviço (até final de 2011)
		6.1.2. Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros.	➤ Existe parcialmente Elaboração bisestral de um Plano de formação para o semestre subsequente e enviado à DRH.	• Confiar ao Enfermeiro responsável pela formação em Serviço, a elaboração dos Planos de Formação bi-semestrais (para o segundo semestre de 2012)
		6.1.3. Existência de Relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.	➤ Não existe	• A desenvolver Relatório da Atividade Formativa e do impacto da mesma pelo Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço (final do segundo semestre de 2012)
		6.1.4. Existência de critérios explícitos para a seleção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente).	➤ Não existe	➤ A desenvolver pelo Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço em colaboração com a Chefia do Departamento (até ao final de 2012)
		6.1.5. Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos/ grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem.	➤ Existe parcialmente Participação de alguns elementos em várias comissões, designadamente:	➤ Alargar o âmbito a outros projetos, designadamente, ao nível PQCE (a partir do

Qualidade de Cuidados no Departamento de Cirurgia, no Hospital dos SAMS

			<ul style="list-style-type: none"> - Comissão de Nutrição; - Comissão de Controle de Infecção; - Comissão de Escolha de Dispositivos Médicos de Uso Geral. 	segundo semestre de 2012)
		6.1.6. Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: “análise das práticas”; “estudos de caso”; “Supervisão Clínica”.	➤ Não existe	➤ A desenvolver pelo Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço em colaboração com a Chefia do Departamento (até ao final de 2012)
		6.1.7. Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.	➤ Não existe	➤ MDP por regulamentar
	6.2. Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço	6.2.1. Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet; biblioteca; estudos relevantes e actuais).	➤ Existe Acesso à Internet disponível a todos os enfermeiros. Existência de uma biblioteca no serviço com documentação diversa. O Hospital tem assinatura de várias revistas de enfermagem que são de livre acesso.	
		6.2.2. Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem.	➤ Não existe Apesar da existência de diversos protocolos não existem parcerias efectivas com ESEnfs e ESS.	➤ Desenvolver parcerias com as ESENF's e ESS's - Atividade a ser desenvolvida pelo Responsável da Formação em Serviço em colaboração com a Chefia e com a Direção de Enfermagem (a partir de 2012)
		6.2.3. Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no Serviço.	➤ Existe Integração de novos elementos de acordo com o Manual de Integração de Enfermeiros do Departamento de Cirurgia.	

Qualidade de Cuidados no Departamento de Cirurgia, no Hospital dos SAMS

7. Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem	7.1. Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade	7.1.1. Evidencia de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	➤ Existe parcialmente	➤ Formalizar e organizar os cuidados de enfermagem de acordo com o Quadro de Referência e o Método de Organização dos Cuidados Individual
		7.1.2. Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura.	➤ Existe Implementado o método individual de organização dos cuidados, com a coordenação de um enfermeiro chefe de equipa e/ou enfermeiro coordenador.	
		7.1.2. Que o método de organização permita a proximidade e a relação de cooperação entre o supervisor e supervisando.	➤ Existe O método individual é facilitador da proximidade entre supervisor e supervisando, bem como da centralidade da pessoa no cuidar.	

Apêndice IX – Quadro de Referência para o Hospital dos SAMS

	Quadro de Referência Para a Prática de Enfermagem - Hospital -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

MISSÃO

- Promover uma prestação de cuidados de saúde com os mais elevados níveis de conhecimento, no respeito pela vida e ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente de melhoria contínua de qualidade.

VALORES

- Orientação centrada no cliente e na promoção da saúde.
- Respeito pela dignidade humana.
- Exercício segundo os princípios éticos nas relações pessoais, profissionais e institucionais.
- Atitude positiva e espírito de equipa.
- Cultura da excelência técnica e do cuidar.
- Cultura do conhecimento como um bem em si mesmo.
- Disponibilidade para o desenvolvimento de parcerias com outras instituições.

OBJECTIVOS

- Constituir referencial de excelência para a prática de enfermagem.
- Fundamentar uma política de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.
- Contribuir para a promoção da identidade profissional da equipa de enfermagem.

ÂMBITO

- Todos os enfermeiros do Hospital

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	1/6

	Quadro de Referência Para a Prática de Enfermagem - Hospital -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

REFERÊNCIAS

- DECRETO-LEI Nº 161/96 – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. D.R. I Série A. 205 (96-09-04) 2959- 2962 pp.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões Qualidade dos Cuidados Enfermagem. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- REGULAMENTO GERAL DOS SAMS, consultado em 05 de Janeiro de 2012, disponível em: <http://www.sams.pt/sams/sams.asp?temald=77&root=SAMS>.
- REGULAMENTO Nº 122/2011 – Competências Comuns dos Enfermeiro Especialista. D.R. 2ª Série. 35 (11-02-18) 8648-8652 pp.

RESPONSABILIDADES

1. **Enfermeiros Generalistas e Especialistas** – adoptarem atitudes e comportamentos consonantes com os diversos instrumentos de regulação da profissão, especificamente, de acordo com as Competências Profissionais definidas pela Ordem dos Enfermeiros para cada grupo.
2. **Enfermeiros Chefes** – definir mecanismos e estratégias facilitadores de boas práticas profissionais
3. **Direcção de Enfermagem** – facilitar as condições necessárias ao desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, consonante com preconizado nos diferentes instrumentos de regulação da profissão.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	2/6

	Quadro de Referência Para a Prática de Enfermagem - Hospital -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

DEFINIÇÕES

Qualidade dos Cuidados – grau de excelência na prestação de cuidados

Padrões de Qualidade – níveis de exigência para a qualidade dos cuidados

Norma – nível óptimo acordado de cuidados com o qual se compara o desempenho

Modelo de Organização dos Cuidados de Enfermagem – processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada
Meta-Paradigma de Enfermagem – Saúde; Pessoa; Ambiente e Cuidados de Enfermagem:

- **Saúde:** Estado e representação mental da condição individual, num processo dinâmico e contínuo, segundo o qual, toda a pessoa deseja atingir um estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.
- **Pessoa:** Ser social e intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se.
- **Ambiente:** Constitui-se pelo conjunto de elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam as transições e estilos de vida que se repercutem no conceito de saúde.
- **Cuidados de Enfermagem:** O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa/família/grupo ou comunidade. A relação estabelecida – relação terapêutica – caracteriza-se pela parceria, pelo respeito das capacidades e pela valorização de um papel proativo no projecto de saúde.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	3/6

	Quadro de Referência Para a Prática de Enfermagem - Hospital -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

SIGLAS

- **OE** – Ordem dos Enfermeiros
- **SAMS** – Serviços de Assistência Médico-Sociais do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas

CONCEPTUALIZAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Face à multiplicidade de realidades existente no hospital, e porque as mesmas podem condicionar o tipo de *praxis* de enfermagem, consideramos ser útil que a ancoragem da mesma se efectue em consonância com as necessidades específicas de cada utente/família na sua singularidade. Torna-se assim, imprescindível a utilização da metodologia do processo de enfermagem e respectiva sustentação teórica à luz do Metaparadigma da Enfermagem e das diferentes Teorias e Modelos existentes.

MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

Considerando a diversidade dos contextos existentes no hospital, e os diferentes métodos de organização dos cuidados (Funcional, Individual, Equipa e Enfermeiro Responsável e/ou de Referência), evidencia-se a indispensabilidade de cada Departamento adotar o método(s) mais conveniente(s).

PADRÕES DE QUALIDADE PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

O corpo de enfermagem do Hospital dos SAMS, numa procura constante da excelência no exercício profissional, adota os princípios orientadores da OE, a saber:

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	4/6

	Quadro de Referência Para a Prática de Enfermagem - Hospital -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

Enunciados Descritivos

- **Satisfação dos clientes:** respeitando as suas capacidades, crenças, valores e desejos individuais; procurando estabelecer empatia nas relações; estabelecendo parcerias no planeamento dos cuidados; envolvendo família ou pessoas significativas no processo de cuidados; e minimizando o impacto negativo associado às transições que forem necessárias ao processo de assistência de saúde.
- **Promoção da saúde:** enquadrando a situação dos clientes na sua família e na sociedade; criando e aproveitando oportunidades para promover estilos de vida saudáveis; otimizando o trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; e fornecendo informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.
- **Prevenção de complicações:** identificando tão rapidamente quanto possível os problemas potenciais do cliente; implementando e avaliando intervenções que contribuam para evitar esses problemas ou minimizando os seus efeitos indesejáveis; prescrevendo intervenções de enfermagem técnica e cientificamente adaptadas aos problemas identificados; referenciando para outros profissionais de saúde situações problemáticas para as quais não tem capacidade de intervenção; supervisionando atividades de enfermagem delegadas; e responsabilizando-se pelas decisões tomadas e pelos atos praticados ou delegados.
- **Bem-estar e o auto-cuidado:** identificando tão rapidamente quando possível os problemas do cliente para os quais tem conhecimentos e está preparado para prescrever; implementando e avaliando intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e para complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.
- **Readaptação funcional:** reconhecendo a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; planeando a alta dos clientes

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	5/6


	Quadro de Referência Para a Prática de Enfermagem - Hospital -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

internados, de acordo com as suas necessidades e os recursos da comunidade; otimizando as capacidades do cliente e da sua família ou outros para gerir o regime terapêutico prescrito; ensinando e treinando o cliente sobre a adaptação necessária para a sua readaptação funcional.

- **Organização dos Cuidados de enfermagem:** conhecendo a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; conhecendo a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade de exercício profissional dos enfermeiros; conhecendo a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; procurando a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; adaptando o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; conhecendo a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; utilizando metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	6/6

Apêndice X – Quadro de Referência para o Departamento de Cirurgia

	QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Departamento de Cirurgia -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

OBJECTIVOS

A equipa de Enfermagem insere-se num contexto de atuação multiprofissional, cuja atividade visa essencialmente: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a satisfação das necessidades humanas, a readaptação à vida ativa, a adaptação funcional aos défices e a reinserção socioprofissional. Por outro lado, na procura constante da melhoria do seu desempenho, reconhecendo a importância da formação ao longo da vida, colaboram em ações de formação e em projetos de investigação na sua área de intervenção.

No âmbito do exercício, os enfermeiros do Departamento de Cirurgia pautam a sua conduta profissional, pelo respeito pelos diversos instrumentos de regulação da profissão e, ainda, com a forte convicção de que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas.


➤ Geral:

- Obter ganhos em saúde sensíveis a uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência, sustentados em elevados níveis de conhecimento e na busca da melhoria contínua da qualidade.

➤ Específicos

- Estabelecer o Quadro de Referência para a Prática de Enfermagem no Departamento.
- Contribuir para a concretização dos Padrões de Qualidade para a Prática de Enfermagem.
- Promover a identidade profissional na equipa de enfermagem.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	1/9

	QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Departamento de Cirurgia -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

- Definir linhas orientadoras para a planificação dos cuidados de enfermagem.
- Facilitar a integração de enfermeiros no Departamento.
- Facilitar um referencial para a prática de enfermagem para estudantes em formação graduada ou pós-graduada.

ÂMBITO

Referencial para a Prática dos Cuidados de Enfermagem. Equipa de Enfermagem (referência também para a prática dos AAM)


SIGLAS

- **AAM** – Auxiliares de Acção Médica
- **OE** – Ordem dos Enfermeiros

REFERÊNCIAS

- DECRETO-LEI Nº 161/96 – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. D.R. I Série A. 205 (96-09-04) 2959- 2962 pp.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões Qualidade dos Cuidados Enfermagem. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Lisboa: Conselho de Enfermagem.
- REGULAMENTO GERAL DOS SAMS, consultado em 05 de Janeiro de 2012, disponível em:
<http://www.sams.pt/sams/sams.asp?temald=77&root=SAMS>.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	2/9

	QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Departamento de Cirurgia -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

- REGULAMENTO Nº 122/2011 – Competências Comuns dos Enfermeiro Especialista. D.R. 2ª Série. 35 (11-02-18) 8648-8652 pp.

RESPONSABILIDADES

1. **Todos os enfermeiros** – prestar cuidados de enfermagem personalizados fundamentados no Metaparadigma da Enfermagem e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem emanados pela OE.
Em termos de filiação teórica, consideramos o Modelo Transaccional de Afaf Meleis, bastante adequado à prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, porém, não excluimos outras ancoragens teóricas na explicitação das práticas de cuidados (desde que devidamente fundamentadas).
2. **Enfermeiros coordenadores** – promover o desenvolvimento e desenvolver estratégias para a aplicação do modelo referencial no Departamento.


DEFINIÇÕES

Modelo Transaccional de Afaf Meleis. – organização concetual dos cuidados de enfermagem, baseada no ciclo de vida individual/família/grupo que é o contexto primário do desenvolvimento humano. Esta perspectiva enfatiza a compreensão dos problemas que as pessoas/famílias/grupos desenvolvem ao longo do ciclo vital, designadamente em situação crítica. Este movimento é mudança, processo, resultado, logo, transição.

Transição – Passagem ou movimento de um estado-condição ou lugar para outro.

- **Tipos de transição:** Desenvolvimento; Situacional; Saúde-Doença e Organizacionais.
- **Propriedades Universais da Transição:** Processo e Natureza da Mudança.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	3/9

	QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Departamento de Cirurgia -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

- **Condições de Transição:** Significados; Expetativas; Nível de Conhecimento/Capacidade; Ambiente; Nível de Planeamento; Bem-estar emocional e físico.

Meta-Paradigma de Enfermagem – Saúde; Pessoa; Ambiente e Cuidados de Enfermagem:


- **Saúde:** Estado e representação mental da condição individual, num processo dinâmico e contínuo, segundo o qual, toda a pessoa deseja atingir um estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.
- **Pessoa:** Ser social e intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se.
- **Ambiente:** Constitui-se pelo conjunto de elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam as transições e estilos de vida que se repercutem no conceito de saúde.
- **Cuidados de Enfermagem:** O exercício profissional da Enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa/família/grupo ou comunidade. A relação estabelecida – *relação terapêutica* – caracteriza-se pela parceria, pelo respeito das capacidades e pela valorização de um papel proativo no projeto de saúde.

Qualidade dos Cuidados – Grau de excelência na prestação de cuidados.

Padrões de Qualidade – Níveis de exigência para a qualidade dos cuidados.

Modelos de Organização dos Trabalhos – Processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizados, para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada:

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	4/9


	QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Departamento de Cirurgia -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

- **Método de Cuidados de Enfermagem Funcionais** – consiste num modo de organização em que o processo global de trabalho é parcelarizado em tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução.
- **Método de Cuidados de Enfermagem Individuais** – baseia-se no conceito de cuidado global e implica afetação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir. O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço, sendo ele o responsável por todos os cuidados, desde o planeamento, execução, avaliação e coordenação dos mesmos.
- **Método de Cuidados de Enfermagem em Equipa** – A assistência é centrada no cliente e implementada por reuniões diárias de equipa, nas quais todos discutem as necessidades de cada cliente e imaginam maneiras de atendê-las. Os cuidados passam, sem cessar, da fragmentação à continuidade.
- **Método de Cuidados de Enfermagem por Enfermeiro Responsável (ou de referência)** – Cada cliente está associado com um enfermeiro primário que possui a responsabilidade e é responsável pelos cuidados totais, 24 horas por dia, durante todo o internamento. Assenta no conceito do cuidado individualizado, garantindo, por si própria, a avaliação da performance individual a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade que é fixa.

PADRÕES DE QUALIDADE PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM


A Equipa de enfermagem do Departamento de Cirurgia, numa procura constante da excelência no exercício profissional, adopta os princípios orientadores da OE, a saber:

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	5/9

	QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Departamento de Cirurgia -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

PQ1 – Visa Elevado Nível de Satisfação dos Clientes	PQ1.1 – respeita as capacidades, crenças, valores e desejos do cliente, família e pessoas de referência, abstendo-se de juízos de valor
	PQ1.2 – estabelece empatia nas relações e interações com o cliente, família e pessoas de referência
	PQ1.3 – estabelece parcerias para o processo de cuidados com o cliente, envolvendo a família, pessoas de referência e/ou outros cuidadores
	PQ1.4 – minimiza o impacto negativo no cliente, associado às mudanças de ambiente geradas através do processo de cuidados e enfatiza as suas potencialidades
PQ2 – Ajuda os Clientes a Alcançarem o Máximo Potencial de Saúde	PQ2.1 – identifica e enquadra a situação particular do cliente na sua família e recursos da comunidade
	PQ2.2 – cria e otimiza oportunidades para a promoção de estilo de vida saudável ao cliente
	PQ2.3 – promove o potencial de saúde do cliente, otimizando o trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento
	PQ2.4 – fornece informação e desenvolve mecanismos geradores de aprendizagem cognitiva e de identificação e desenvolvimento de capacidades no cliente
PQ3 – Previne Complicações para a Saúde dos Clientes	PQ3.1 – identifica os problemas potenciais do cliente, para os quais tem competência para atuar e avaliar intervenções, com o objetivo de os evitar ou minimizar os efeitos indesejáveis
	PQ3.2 – implementa intervenções de enfermagem, técnica e cientificamente fundamentadas e adaptadas aos problemas identificados no cliente e família
	PQ3.3 – referencia com rigor científico, a outros profissionais, as situações problemáticas identificadas no cliente e família e que não se enquadram no âmbito da sua responsabilidade de actuação
	PQ3.4 – supervisiona as atividades por si delegadas a pares e/ou outros profissionais de saúde e que fundamentam e concretizam as intervenções de enfermagem
	PQ3.5 – responsabiliza-se pelas decisões que toma, pelos actos e intervenções praticados e/ou delegados.
PQ4 – Maximiza o Bem-estar e o Auto cuidado; Suplementa e Complementa as Necessidades Fundamentais do Cliente Dependente	PQ4.1 – identifica os problemas do cliente para os quais tem conhecimentos e competência para atuar, avalia as intervenções que contribuem para o bem-estar do cliente e suplementa ou complementa as necessidades fundamentais para as quais o cliente se encontra dependente
	PQ4.2 – actua com rigor técnico e científico nos problemas identificados no cliente e família, para os quais está qualificado e avalia os resultados obtidos

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	6/9


	QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Departamento de Cirurgia -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

	PQ4.3 – referencia, de forma fundamentada a outros pares e/ou profissionais, as situações problemáticas identificadas e para as quais não está qualificado para atuar e/ou não tem condições para intervir
	PQ4.4 – supervisiona as atividades de enfermagem por si delegadas a pares ou outros profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidados
	PQ4.5 – Responsabiliza-se pelas decisões tomadas, pelos actos e intervenções praticados e/ou delegados
PQ5 – Desenvolve com o Cliente Processos Eficazes de Adaptação aos Problemas	PQ5.1 – Reconhece a importância e garante a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem no cliente
	PQ5.2 – Planeia a alta do cliente, de forma atempada, fundamentada e adequada à situação e contexto, identificando e mobilizando os recursos do próprio, da família e da comunidade
	PQ5.3 – otimiza as capacidades e condições do cliente e família e/ou pessoas de referência, para gerir e garantir a continuidade do regime terapêutico prescrito
	PQ5.4 – Ensina e treina, de forma fundamentada e adequada, o cliente e família sobre a adaptação necessária e requerida para a sua readaptação funcional
PQ6 – Contribui para a Máxima Eficácia na Organização dos Cuidados de Enfermagem	PQ6.1 – promove e adopta oquadro de referência de V. Henderson para o exercício profissional.
	PQ6.2 – Desenvolve, promove e contribui para a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade de exercício profissional dos enfermeiros.
	PQ6.3 – Utiliza um sisteman de registos de enfermagem que incorpore de forma sistematizada, as necessidades de cuidados do cliente e família, os cuidados prestados e os resultados obtidos das intervenções planeadas e realizadas.
	PQ6.4 – Promove a satisfação dos enfermeiros no que concerne à qualidade do exercício profissional.
	PQ6.5 – Adequa os recursos humanos e colabora na gestão dos mesmos, garantindo dotação segura face às necessidades em cuidados de enfermagem.
	PQ6.6 – Elabora. Colabora e promove, um programa de formação contínua, promotor do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados.
	PQ6.7 – Utiliza metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da sua qualidade.

MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM


Assim, estabelece-se o seguinte:

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	7/9

	QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Departamento de Cirurgia -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

- método de distribuição de trabalho adoptado no Departamento, para a equipa de enfermagem, é o método individual (até ao momento verificou-se uma tendência para o método de tarefa)
- Este método de distribuição de trabalho implica a distribuição das pessoas internadas, em cada turno, pelo número de enfermeiros existentes
- A distribuição dos doentes e respectivo ratio enfermeiro/doente dependerá do número existente de pessoas internadas no departamento (e admissões/altas programadas), localização das camas no serviço, tempo de integração vs experiência profissional do enfermeiro e grau de dependência dos cuidados de enfermagem
- No início de cada turno, após ouvidas as ocorrências do turno anterior, e atendendo aos critérios referenciados no ponto anterior, a chefia de enfermagem ou quem a substitua, ou o chefe de equipa de enfermagem desse turno, procederá á distribuição dos utentes pelo número de enfermeiros de serviço
- Cada enfermeiro fica responsável pela prestação dos cuidados de enfermagem globais dos utentes que lhe forem atribuídos, quer ao nível das intervenções autónomas quer interdependentes.
- O chefe de equipa de enfermagem, depois de realizada a distribuição, fica responsável pela gestão do turno (gestão de utentes, gestão de equipamentos e de dispositivos medicos). O Coordenador de Turno será um dos Chefes de Equipa dos diferentes postos de trabalho (piso 5, piso 6 e Unidade de Cuidados Intermédios), cuja função coordenar as equipas de que faz parte nas diversas unidades de prestação de serviços e coadjuvar o Enfermeiro-Chefe e Sub-Chefe nas suas funções substituindo-os na sua ausência ou impedimentos.
- O método individual de trabalho não dispensa o espírito de equipa e de entre-ajuda que deve reinar na equipa de enfermagem

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	8/9

	QUADRO DE REFERÊNCIA PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - Departamento de Cirurgia -	Código	
		Edição	
		Data	
		Página	

- As ocorrências respeitantes à evolução do estado dos utentes serão apenas registadas no sistema de informação em enfermagem – AS 400/Trackcare.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	9/9

Apêndice XI – Questionário de satisfação dos utentes do Departamento de Cirurgia do Hospital dos SAMS

Hospital do SAMS

Departamento de Cirurgia

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES

Para o departamento de Cirurgia a procura de **uma melhoria contínua dos cuidados prestados** aos seus utentes e famílias é um compromisso sério.

Nesse sentido a opinião daqueles que cuidamos é uma ferramenta fundamental para avaliar o nosso trabalho e criar condições de melhorar a **qualidade** do serviço prestado.

A sua participação e cooperação permitirão ir de encontro às **necessidades dos nossos utentes**.

Neste questionário **não existem respostas correctas ou erradas** apenas procuramos a sua opinião pessoal e sincera relativamente ao período em que esteve **internado** no Departamento de Cirurgia.

Todas as suas **respostas são confidenciais e anónimas** (quando terminar de responder coloque este questionário num envelope fechado que se encontra no seu quarto, em seguida coloque-o em urna própria ou entregue a um qualquer profissional do departamento).

Por favor assinale com uma cruz (X) no quadrado a que corresponde o seu grau de satisfação em relação às questões colocadas.

A sua colaboração é fundamental para melhorar a qualidade deste departamento

Muito Obrigado

Virar sff

Nota: Se o seu familiar apresentar dificuldades nas respostas a este questionário poderá ajudá-lo a responder, tentando que as respostas manifestem a opinião do próprio. Obrigado.

1. Expectativas

Pensando nas expectativas que tinha sobre o “Hospital do SAMS” antes de ter sido internado, como classificaria as suas expectativas relativamente à qualidade geral deste Hospital?

Muito baixas	Baixas	Sem expectativas	Altas	Muito altas

2. Satisfação Global

Considerando toda a sua experiência no internamento de Cirurgia deste hospital, qual é o seu grau de satisfação?

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

3. Instalações

Em relação à sua satisfação com as instalações do serviço de internamento de cirurgia como classifica o seu grau de satisfação:

a) Limpeza e higiene das instalações:

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

b) Conforto e comodidade dos quartos:

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

c) Protecção e Privacidade:

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

d) Nível de ruído existente:

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

4. Alimentação

Em relação à alimentação qual o seu grau de satisfação:

a) Qualidade das refeições (confeção, aspecto, temperatura, quantidade, variedade da ementa, etc.)

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

b) Apoio durante a refeição (por exemplo caso não conseguisse comer sozinho):

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

c) Horário das refeições:

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

5. Visitas

Relativamente às visitas como classificaria o seu grau de satisfação:

a) O horário das visitas (horas, duração e número de visitas)

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

b) Facilidade de acompanhamento/envolvimento por parte dos familiares

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

6. Pessoal

Em relação ao pessoal que realiza o seu processo de admissão no **Departamento de Cirurgia**, como avalia a sua satisfação global com este processo (cortesia, disponibilidade, competência, etc.)

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

6.1. Enfermeiros

Relativamente à equipa de enfermagem como classificaria o seu grau de satisfação:

a) Simpatia e disponibilidade

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

b) Informação fornecida no acolhimento

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

c) Esclarecimento durante a permanência sobre a medicação

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

d) Esclarecimento durante a permanência sobre tratamentos e exames

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

e) Rapidez de resposta em caso de necessidade

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

f) Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

6.2. Auxiliares

Em relação ao pessoal auxiliar de acção médica, como classificaria o seu grau de satisfação:

a) Simpatia e disponibilidade

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

b) Informação fornecida no acolhimento (por exemplo funcionamento dos diferentes equipamentos do quarto, horários, alimentação, etc.)

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

c) Rapidez de resposta em caso de necessidade

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

d) Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal auxiliar de acção médica.

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

6.3. Outros profissionais

Caso pretenda avaliar outros profissionais, diga qual ou quais, e avalie o seu grau de satisfação global com a competência dos mesmos.

a) _____ (escreva a classe profissional a classificar)

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

b) _____ (escreva a classe profissional a classificar)

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

7. Processo de alta

Em relação ao processo de alta classifique o seu grau de satisfação com os seguintes aspectos:

- a) Informação disponibilizada em termos de cuidados e práticas a seguir em casa

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

- b) Formas de contacto e pessoas a contactar do departamento em caso de necessidade depois da alta

Totalmente insatisfeito	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito

8. Lealdade

- a) Se tivesse possibilidade de escolher qualquer hospital, qual a probabilidade de voltar a escolher este hospital se tivesse necessidade de ser internado/operado novamente.

Muito improvável	Improvável	Sem opinião	Provável	Muito provável

- b) Se um familiar, amigo ou colega tivesse necessidade de recorrer a uma cirurgia qual a probabilidade de recomendar este departamento.

Muito improvável	Improvável	Sem opinião	Provável	Muito provável

9. Realização de expectativas

Tendo em conta as expectativas iniciais (questão 1) e a sua experiência com o serviço de internamento de cirurgia, até que ponto considera que realizou as suas expectativas?

Muito menos que o esperado	Menos que o esperado	Tal como esperado	Mais do que o esperado	Muito mais que o esperado

10. Sugestões/Reclamações

Se pretender clarificar alguma das suas respostas anteriores ou adicionar alguma sugestão ou reclamação relativamente á sua experiência durante o internamento e que possa ajudar os objectivos deste trabalho, use o espaço em baixo.

Idade: _____**Sexo:** _____**Profissão:** _____**Habilitações Literárias:** _____**Motivo de Admissão:**

- ☐ Urgente ()
- ☐ Programado ()

Tempo de internamento(assinale com x):

- ☐ Até 3 dias ()
- ☐ De 3 a 6 dias ()
- ☐ De 6 a 10 dias ()
- ☐ Mais de 10 dias ()

Experiencias anteriores (assinale com x):

- ☐ Primeiro internamento ()
- ☐ Internamento prévio em outro serviço do Hospital do SAMS ()

Data: ____/____/____

Muito obrigado pela sua colaboração

Apêndice XII – Registo de incidentes críticos

Departamento de Cirurgia

Data do Incidente: ____ / ____ / ____

Local: _____

Intervenientes no Episódio:

Descrição e Caraterização do Incidente (fatual):

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

O Redator

Apêndice XIII – Flyer das diversas ações de formação sobre a “Dor, enquanto 5º sinal vital”



Dor Aguda

Prevenir, Avaliar, Tratar
e Registrar,
para Melhor Cuidar...

23 Janeiro 2012 - 9h/13h

12 Março 2012 - 9h/13h

14 Maio 2012 - 9h/13h

Sala de Formação do Hospital - Piso 8

- Projecto de Intervenção -
João Longo

2012

Apêndice XIV – Protocolos de Analgesia

PROTOCOLO ANALGÉSICO_1

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 2/10

Paracetamol ev

INDICAÇÕES:

Pequenos Procedimentos Cirúrgicos
Expectativa de Dor pouco Significativa
Permite a descontinuidade terapêutica

➤ ANALGESIA

- 1 grama de PARACETAMOL (1 embalagem), a infundir ev em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

➤ ANALGESIA DE RESGATE

- METAMIZOL MAGNÉSICO, 2 gramas (1 ampola) diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos;
- PARECOXIB 40 mg (1 ampola) diluídos em 5 ml de SF, em bolus ev lento;
- PETIDINA, 25 mg (1 ml = ½ ampola) em bolus ev lento.

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).
- Este protocolo **é válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**bip`s 16 e 64**)

➤ VIGILÂNCIA

- Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
- Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

➤ **CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO**

- **PARACETAMOL:** Analgésico antipirético não-opiídeo, de ação central;
- **METAMIZOL:** Analgésico antipirético não-opiídeo, de ação periférica, com características espasmolíticas e fraca atividade anti-inflamatória;
- **PARECOXIB:** Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da cox-2;
- **PETIDINA:** Analgésico opiídeo agonista total.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_2

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 2/10

Metamizol ev

INDICAÇÕES:

Pequenos Procedimentos Cirúrgicos
Expectativa de Dor pouco Significativa
Permite a descontinuidade terapêutica

➤ ANALGESIA

- 2 gramas de METAMIZOL MAGNÉSICO (1 ampola), diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

➤ ANALGESIA DE RESGATE

- PARACETAMOL, 1 gramas (1 embalagem) diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos;
- PARECOXIB 40 mg (1 ampola) diluídos em 5 ml de SF, em bolus ev lento;
- PETIDINA, 25 mg (1 ml = ½ ampola) em bolus ev lento.

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).
- Este protocolo **é válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**bip`s 16 e 64**)

➤ VIGILÂNCIA

- Registar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
- Registar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

➤ **CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO**

- **PARACETAMOL:** Analgésico antipirético não-opióide, de ação central;
- **METAMIZOL:** Analgésico antipirético não-opióide, de ação periférica, com características espasmolíticas e fraca atividade anti-inflamatória;
- **PARECOXIB:** Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da cox-2;
- **PETIDINA:** Analgésico opióide agonista total.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_3

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 4/10

Parecoxibe ev + Paracetamol ev

INDICAÇÕES:

Procedimentos Cirúrgicos Intermédios
Expectativa de Dor Moderada
Permite a descontinuidade analgésica

➤ ANALGESIA

- 40 mg (1 ampola) de PARECOXIB, diluídos em 5 ml de SF, administrados em bolus ev lento, de 12/12 h;
- 1 grama de PARACETAMOL (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 6/6 horas, em esquema cronológico de alternância com o PARECOXIB;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

➤ ANALGESIA DE RESGATE

- PETIDINA, 25 mg (1 ml = 1/2 ampola) em bolus ev lento.
- TRAMADOL, 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola) a infundir ev em 15 minutos.

➤ TERAPÊUTICA DE NÁUSEAS E VÔMITOS

- METOCLOPRAMIDA, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- ONDANSETRON, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**bip`s 16 e 64**)

➤ VIGILÂNCIA

- Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);

- Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

➤ **CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO**

- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide, de ação central;
- PARECOXIB: Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da cox-2;
- PETIDINA: Analgésico opióide agonista total;
- TRAMADOL: Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptação de NA e 5-HT;
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina;
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_4

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 6/10

Tramadol ev + Paracetamol ev

INDICAÇÕES:

Procedimentos Cirúrgicos Intermédios
Expectativa de Dor mais elevada. Moderada/Intensa
Permite a descontinuidade analgésica

➤ **ANALGESIA**

- A analgesia será iniciada pelo anestesista no final da operação, com uma dose de carga de 200 mg de TRAMADOL diluídos em 100 ml de SF (2 ampolas), a infundir ev em 15 minutos;
- Continuar 8 horas depois com TRAMADOL 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola), a infundir ev em 15 minutos, mantendo-se o regime horário de 8/8 horas;
- 1 grama de PARACETAMOL (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 8/8 horas, em esquema posológico de alternância com o TRAMADOL. Recomenda-se que a primeira administração tenha sido feita intra-operatoriamente, antes de se ter administrado a dose de carga de tramadol;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

➤ **ANALGESIA DE RESGATE**

- PETIDINA, 25 mg (1 ml=1/2 ampola) em bolus ev lento.
- PARECOXIB, 40 mg (1 ampola) diluídos em 5 ml de SF, administrados em bolus ev lento.

➤ **TERAPÊUTICA DE NÁUSEAS E VÔMITOS**

- METOCLOPRAMIDA, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- ONDANSETRON, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).

➤ **INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS**

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);

- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**bip`s 16 e 64**)

➤ **VIGILÂNCIA**

- Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
- Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

➤ **CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO**

- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide, de ação central;
- PARECOXIB: Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da cox-2;
- PETIDINA: Analgésico opióide agonista total;
- TRAMADOL: Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptação de NA e 5-HT;
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina;
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_5

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 6/10

Tramadol ev + Parecoxibe ev

INDICAÇÕES:

Procedimentos Cirúrgicos Intermédios
Expectativa de Dor mais elevada. Moderada/Intensa
Permite a descontinuidade analgésica

➤ **ANALGESIA**

- A analgesia será iniciada pelo anestesista no final da operação, com uma dose de carga de 200 mg de TRAMADOL diluídos em 100 ml de SF (2 ampolas), a infundir ev em 15 minutos;
- Continuar 8 horas depois com TRAMADOL 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola), a infundir ev em 15 minutos, mantendo-se o regime horário de 8/8 horas;
- 40 mg de PARECOXIB (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, em bolus ev lento, a iniciar na indução anestésica ou intra-operatoriamente, continuando-se em esquema posológico de 12/12 horas;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

➤ **ANALGESIA DE RESGATE**

- PETIDINA, 25 mg (1 ml=1/2 ampola) em bolus ev lento.
- PARACETAMOL, 1 grama (1 saco), a infundir ev em 15 minutos.

➤ **TERAPÊUTICA DE NÁUSEAS E VÔMITOS**

- METOCLOPRAMIDA, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- ONDANSETRON, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).

➤ **INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS**

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);

- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**bip`s 16 e 64**)

➤ **VIGILÂNCIA**

- Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
- Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

➤ **CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO**

- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide, de ação central;
- PARECOXIB: Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da cox-2;
- PETIDINA: Analgésico opióide agonista total;
- TRAMADOL: Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptação de NA e 5-HT;
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina;
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_6

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 6/10

Tramadol ev + Parecoxibe ev + Paracetamol ev

INDICAÇÕES:

Procedimentos Cirúrgicos Intermédios
Expectativa de Dor mais elevada. Moderada/Intensa
Permite a descontinuidade analgésica

➤ ANALGESIA

- A analgesia será iniciada pelo anestesista no final da operação, com uma dose de carga de 200 mg de TRAMADOL diluídos em 100 ml de SF (2 ampolas), a infundir ev em 15 minutos;
- Continuar 8 horas depois com TRAMADOL 100 mg diluídos em 100 ml de SF (1 ampola), a infundir ev em 15 minutos, mantendo-se o regime horário de 8/8 horas;
- 40 mg de PARECOXIB (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, em bolus ev lento, a iniciar na indução anestésica ou intra-operatoriamente, continuando-se em esquema posológico de 12/12 horas;
- 1 grama de PARACETAMOL (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 8/8 horas, em esquema posológico de alternância com o TRAMADOL. Recomenda-se que a primeira administração seja feita no intra-operatório, antes de se ter administrado a dose de carga de TRAMADOL;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

➤ ANALGESIA DE RESGATE

- PETIDINA, 25 mg (1 ml=1/2 ampola) em bolus ev lento.

➤ TERAPÊUTICA DE NÁUSEAS E VÔMITOS

- METOCLOPRAMIDA, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- ONDANSETRON, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);

- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**bip`s 16 e 64**)

➤ **VIGILÂNCIA**

- Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
- Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

➤ **CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO**

- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide, de ação central;
- PARECOXIB: Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da cox-2;
- PETIDINA: Analgésico opióide agonista total;
- TRAMADOL: Analgésico opióide agonista fraco e inibidor pré-sináptico da recaptação de NA e 5-HT;
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina;
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_7

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 8/10

Petidina ev + Parecoxibe ev

INDICAÇÕES:

Procedimentos Cirúrgicos Intermédios
Expectativa de Dor de mais elevada Intensidade

➤ ANALGESIA

- PETIDINA, 50 mg diluídos em 100 ml de SF a infundir ev em 15 minutos (2ml = 1 ampola), de 8/8 horas. Iniciar na fase final da intervenção;
- PARECOXIB, 40 mg (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, em bolus ev lento, de 12/12 horas, a iniciar na indução anestésica ou intra-operatoriamente, continuando-se em esquema posológico de 12/12 horas;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

➤ ANALGESIA DE RESGATE

- PARACETAMOL, 1 g (1 saco), a infundir ev em 15 minutos;
- METAMIZOL MAGNÉSICO, 2 gramas (1 ampola), diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos

➤ TERAPÊUTICA DE NÁUSEAS E VÔMITOS

- METOCLOPRAMIDA, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- ONDANSETRON, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**bip`s 16 e 64**)

➤ VIGILÂNCIA

- Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
- Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

➤ **CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO**

- PETIDINA: Analgésico opióide agonista total;
- PARECOXIB: Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibido específico da cox-2;
- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide, de ação central;
- METAMIZOL: Analgésico antipirético não-opióide, de ação periférica, com características espasmolíticas e fraca atividade anti-inflamatória;
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina;
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_8

POTÊNCIA ANALGÉSICA: 8/10

Petidina ev + Paracetamol ev + Parecoxibe ev

INDICAÇÕES:

Cirurgia Major de qualquer tipo

Utilização Exclusiva em Situações de Impossibilidade de opção pela PCA ou Analgesia Regional

➤ ANALGESIA

- PETIDINA, 50 mg diluídos em 100 ml de SF a infundir ev em 15 minutos (2 ml = 1 ampola), de 8/8 horas. Iniciar na fase final da intervenção;
- PARACETAMOL, 1 grama (1 saco), a infundir ev em 15 minutos, de 8/8 horas, em esquema posológico de alternância com a petidina; Recomenda-se que a primeira administração tenha sido feita intra-operatoriamente, antes de se ter administrado a 1ª dose de petidina;
- PARECOXIB, 40 mg (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF, em bolus ev lento de 12/12 horas, a iniciar na indução anestésica ou intra-operatoriamente, continuando-se em esquema posológico de 12/12 horas;
- Se a analgesia se mostrar insuficiente, recorrer à analgesia de resgate.

➤ ANALGESIA DE RESGATE

- METAMIZOL MAGNÉSICO, 2 gramas (1 ampola), diluídos em 100 ml de SF, a infundir ev em 15 minutos.
- Podem ser administradas doses suplementares de 25 mg (1 ml = 2 ampola) de PETIDINA, em bolus ev, com intervalos mínimos de 2 horas.

➤ TERAPÊUTICA DE NÁUSEAS E VÔMITOS

- METOCLOPRAMIDA, 10 mg ev (1 ampola), diluídos em 5 ml de SF. Se necessário.
- ONDANSETRON, 4 mg (1/2 ampola) ev. Se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- O recurso aos fármacos de resgate deverá obedecer à seguinte regra:
 - a) A ordem é arbitrária, podendo o enfermeiro, na primeira administração, optar por qualquer um dos analgésicos do protocolo;
 - b) Se houver necessidade de nova administração, deverá obrigatoriamente ser escolhido um fármaco diferente do primeiro. Chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**).
- Este protocolo é **válido por 24 horas**; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);

- Se o doente se mantiver com dor, apesar da associação da analgesia de resgate, ou surgir qualquer outra intercorrência, deverá ser chamado o anestesista que a instituiu ou, em alternativa, o anestesista do serviço de urgência (**bip`s 16 e 64**)

➤ **VIGILÂNCIA**

- Registrar a avaliação da dor de 8/8 horas (uma vez por turno de enfermeiros);
- Registrar a avaliação da dor sempre que for necessário administrar analgesia de resgate.

➤ **CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO**

- PETIDINA: Analgésico opióide agonista total;
- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide, de ação central;
- PARECOXIB: Analgésico anti-inflamatório não-esteróide, inibidor específico da cox-2;
- METAMIZOL: Analgésico antipirético não-opióide, de ação periférica, com características espasmolíticas e fraca atividade anti-inflamatória;
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina;
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_9

Petidina (10mg/ml)

[Em seringa infusora de 50 ml]

PCA ev com Perfusão Contínua de Base

Com associação de PARACETAMOL

Indicações Possíveis

Qualquer tipo de Cirurgia Major

➤ **MODO DE PREPARAÇÃO**

- Adicionar: 20 ml de PETIDINA 2,5% (500 mg = 10 ampolas)
30 ml de SF (NaCl 0,9%)

➤ **PROGRAMAÇÃO DA MÁQUINA DE PCA**

- Loading-dose: não programar
- Concentração: 10 mg/ml
- Bolus: 10 mg
- Lockout: 8 min
- Background: 3 - 5 mg / hora
- Máximo em 4 horas: 250 mg

➤ **ANALGESIA**

- PETIDINA, conforme preparado;
- Administrar uma dose de carga, por via ev, escolhendo uma das 3 seguintes formas: 100 mg de PETIDINA ev, 1 hora antes de terminada a cirurgia; ou 50 mg de PETIDINA ev no final da cirurgia; ou titulando a dose necessária ev, na UNIDADE DE CUIDADOS PÓS ANESTESICOS, à cabeceira do doente;
- Manter o punho da máquina na mão do doente e lembrá-lo da sua utilização;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL ev (1 embalagem), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respetiva folha de registos.

➤ **TRATAMENTO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS**

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com score analgésico 6 ou um registo com score analgésico 9 comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Perante um registo de sedação com score = 3 (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e CHAMAR O ANESTESISTA (**bip`s 16 e 64**);

- Se o doente apresentar uma frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min, CHAMAR O ANESTESISTA (**bip`s 16 e 64**). Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a 4 da ampola) de NALOXONA 0,04% (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O2 por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de bradicardia (FC abaixo de 50 bpm), administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de ATROPINA (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar lactato de ringer a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Em caso de náuseas e vômitos, administrar 10 mg (1 ampola) de METOCLOPRAMIDA todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a METOCLOPRAMIDA e administrar 4 mg (1/2 ampola) de ONDASETRON; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**).

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- Este protocolo é válido por 24 horas; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Substituir a PETIDINA sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Perante algum alarme incompreensível, chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);

➤ CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO

- PETIDINA: Analgésico opióide agonista total;
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina;
- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de ação central;
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina;
- NALOXONA: Opióide antagonista total;
- ATROPINA: Parasimpaticolítico.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_10

Morfina (2mg/ml)

[Em seringa infusora de 50 ml]

PCA ev com Perfusão Contínua de Base

Com associação de PARACETAMOL

Indicações Possíveis

Quando houver necessidade de uma alternativa à via ev

➤ **MODO DE PREPARAÇÃO**

- Adicionar: 10 ml de MORFINA 1% (100 mg = 10 ampolas)
40 ml de SF (NaCl 0,9%)

➤ **PROGRAMAÇÃO DA MÁQUINA DE PCA**

- Loading-dose: não programar
- Concentração: 2 mg/ml
- Bolus: 1 mg
- Lockout: 8 min
- Background: 0,3 – 0,5 mg / hora
- Máximo em 4 horas: 25 mg

➤ **ANALGESIA**

- MORFINA, conforme preparado;
- Administrar uma dose de carga, por via ev, escolhendo uma das 3 seguintes formas: 10 mg de MORFINA ev, 1 hora antes de terminada a cirurgia; ou 5 mg de MORFINA ev no final da cirurgia; ou titulando a dose necessária ev, na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, à cabeceira do doente;
- Manter o punho da máquina na mão do doente e lembrá-lo da sua utilização;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL ev (1 saco), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos;

➤ TRATAMENTO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com score analgésico 6 ou um registo com score analgésico 9 comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Perante um registo de sedação com score = 3 (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**);
- Se o doente apresentar uma frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min, CHAMAR O ANESTESISTA (**bip`s 16 e 64**). Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a 4 da ampola) de NALOXONA 0,04% (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O2 por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de bradicardia (FC abaixo de 50 bpm), administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de ATROPINA (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar lactato de ringer a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Em caso de náuseas e vômitos, administrar 10 mg (1 ampola) de METOCLOPRAMIDA todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a METOCLOPRAMIDA e administrar 4 mg (1/2 ampola) de ONDASETRON.

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- Este protocolo é válido por 24 horas; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Substituir a MORFINA sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Perante algum alarme incompreensível, chamar o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);

➤ CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO

- MORFINA: Analgésico opióide agonista total;
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina;
- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de ação central;
- ONDASETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina;
- NALOXONA: Opióide antagonista total;
- ATROPINA: Parasimpaticolítico.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_11

Fentanil (5µg/ml) + Levobupivacaína (0,125%)

[Em seringa infusora de 50 ml]

Epidural Contínua

Com associação de PARACETAMOL

Indicações Possíveis

Cirurgia Major do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

➤ MODO DE PREPARAÇÃO

- Adicionar: 20 ml de LEVOBUPIVACAÍNA 0,25% (2,5 mg/ml)
4 ml de FENTANIL 0,5% (200 µg = 4/5 ampola)
SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml

➤ ANALGESIA

- LEVOBUPIVACAÍNA com FENTANIL, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL ev (1 embalagem), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respetiva folha de registos.

➤ TRATAMENTO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com *score* analgésico 6 ou um registo com *score* analgésico 9 comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Perante um registo de sedação com *score* = 3 (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**);
- Se o doente apresentar uma frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min, CHAMAR O ANESTESISTA (**bip`s 16 e 64**). Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a 4 da ampola) de NALOXONA 0,04% (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O2 por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de bradicardia (FC abaixo de 50 bpm), administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de atropina (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar LACTATO de RINGER a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);

- Em caso de náuseas e vômitos, administrar 10 mg (1 ampola) de METOCLOPRAMIDA todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a METOCLOPRAMIDA e administrar 4 mg (1/2 ampola) de ONDASETRON; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**).

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- Este protocolo é válido por 24 horas; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**.

➤ CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO

- FENTANIL: Analgésico opióide agonista total.
- ATROPINA: Parasimpaticolítico.
- LEVOBUPIVACAÍNA: Anestésico local do grupo amida.
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina.
- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de ação central.
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.
- NALOXONA: Opióide antagonista total.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_12

Morfina (0,1 mg/ml) + Ropivacaína (0,1%)

[Em seringa infusora de 50 ml]

Epidural Contínua

Com associação de PARACETAMOL

Indicações Possíveis

Cirurgia Major do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

➤ MODO DE PREPARAÇÃO

- *Alternativa 1.*

Adicionar: 20 ml de ROPIVACAÍNA 0,2% (2 mg/ml)

0,4 ml de MORFINA 1% (4 mg = 2/5 ampola)

SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml

- *Alternativa 2.*

Adicionar: 7 ml de ROPIVACAÍNA 0,75% (7,5 mg/ml)

0,5 ml de MORFINA 1% (5 mg = 1/2 ampola)

SF (NaCl 0,9%) até perfazer 50 ml

➤ ANALGESIA

- ROPIVACAÍNA com MORFINA, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL ev (1 embalagem), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respetiva folha de registos.

➤ TRATAMENTO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com *score* analgésico ≥ 6 ou um registo com *score* analgésico ≥ 9 comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Perante um registo de sedação com *score* = 3 (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**);
- Se o doente apresentar uma frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min, CHAMAR O ANESTESISTA (**bip`s 16 e 64**). Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a 4 da ampola) de NALOXONA 0,04% (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O₂ por máscara de Venturi, 6 litros / min.

- Em caso de bradicardia (FC abaixo de 50 bpm), administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de ATROPINA (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar LACTATO de RINGER a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Em caso de náuseas e vômitos, administrar 10 mg (1 ampola) de METOCLOPRAMIDA todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a METOCLOPRAMIDA e administrar 4 mg (1/2 ampola) de ONDASETRON; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**).

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- Este protocolo é válido por 24 horas; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER.

➤ CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO

- MORFINA: Analgésico opióide agonista total.
- ATROPINA: Parasimpaticolítico.
- ROPIVACAÍNA: Anestésico local do grupo amida.
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina.
- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de ação central.
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.
- NALOXONA: Opióide antagonista total.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_13

Fentanil (5µg/ml) + Ropivacaína (0,1%)

[Em seringa infusora de 50 ml]

Epidural Contínua

Com associação de PARACETAMOL

Indicações Possíveis

Cirurgia Major do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

➤ MODO DE PREPARAÇÃO

- Adicionar: 20 ml de ROPIVACAÍNA 0,2% (2 mg/ml)
4 ml de FENTANIL 0,5% (200 µg = 4/5 ampola)
SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml Alternativa 2.

➤ ANALGESIA

- ROPIVACAÍNA com FENTANYL, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL ev (1 embalagem), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos.

➤ TRATAMENTO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com *score* analgésico ≥ 6 ou um registo com *score* analgésico ≥ 9 comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Perante um registo de sedação com *score* = 3 (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**);
- Se o doente apresentar uma frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min, CHAMAR O ANESTESISTA (**bip`s 16 e 64**). Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a 4 da ampola) de NALOXONA 0,04% (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O2 por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de bradicardia (FC abaixo de 50 bpm), administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de ATROPINA (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar LACTATO de RINGER a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);

- Em caso de náuseas e vômitos, administrar 10 mg (1 ampola) de METOCLOPRAMIDA todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a METOCLOPRAMIDA e administrar 4 mg (1/2 ampola) de ONDASETRON; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**).

➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- Este protocolo é válido por 24 horas; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**.

➤ CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO

- FENTANYL: Analgésico opióide agonista total.
- ATROPINA: Parasimpaticolítico
- ROPIVACAÍNA: Anestésico local do grupo amida.
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina.
- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de ação central.
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.
- NALOXONA: Opióide antagonista total.

PROTOCOLO ANALGÉSICO_14

Morfina (0,1 mg/ml) + Levobupivacaína (0,125%)

[Em seringa infusora de 50 ml]

Epidural Contínua

Com associação de PARACETAMOL

Indicações Possíveis

Cirurgia Major do Tórax e/ou Abdómen e Membros Inferiores

➤ MODO DE PREPARAÇÃO

- Adicionar: 20 ml de LEVOBUPIVACAÍNA 0,25% (2,5 mg/ml)
0,4 ml de MORFINA 1% (4 mg = 2/5 ampola)
SF (NaCl 0,9%) até perfazer 40 ml

➤ ANALGESIA

- LEVOBUPIVACAÍNA com MORFINA, conforme preparado;
- Infusão contínua a correr 4-8 ml / hora;
- Associar, obrigatoriamente, 1 grama de PARACETAMOL ev (1 embalagem), a infundir em 15 minutos, de 6/6 horas;
- Controlar a analgesia com preenchimento da respectiva folha de registos.

➤ TRATAMENTO DOS EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Se houver dois registos seguidos de avaliação da Dor (escala numérica 0-10) com *score* analgésico ≥ 6 ou um registo com *score* analgésico ≥ 9 comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Perante um registo de sedação com *score* = 3 (com escala de 0-3), que permaneça por mais de 1 hora, interromper a analgesia em curso e chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**);
- Se o doente apresentar uma frequência respiratória inferior ou igual a 10 ciclos/min, CHAMAR O ANESTESISTA (**bip`s 16 e 64**). Se necessário, administrar 0,1 mg ev (= a 4 da ampola) de NALOXONA 0,04% (correspondente a 0,25 ml de qualquer das suas duas apresentações. Tanto a apresentação em ampola como em seringa pré-cheia, têm 0,4 mg em 1 ml) e repetir cada 2 minutos até o doente recuperar ou chegar o anestesista. Colocar O2 por máscara de Venturi, 6 litros / min.
- Em caso de bradicardia (FC abaixo de 50 bpm), administrar 0,5 mg (= a 1 ampola) de ATROPINA (2 ampolas se o doente tiver mais que 70 Kg); se houver hipotensão marcada (30% abaixo do habitual), administrar LACTATO de RINGER a um ritmo de 500 ml em 1 hora (cerca de 120 gotas/min). Em qualquer das circunstâncias, comunicar ao anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);

- Em caso de náuseas e vômitos, administrar 10 mg (1 ampola) de METOCLOPRAMIDA todas as 8 horas, enquanto for necessário; se for ineficaz, suspender a METOCLOPRAMIDA e administrar 4 mg (1/2 ampola) de ONDASETRON; se a situação não estiver controlada, chamar o anestesista (**bip`s 16 e 64**).



➤ INSTRUÇÕES ACESSÓRIAS

- Este protocolo é válido por 24 horas; se terminadas as 24 horas não houver qualquer instrução para suspender, alterar ou continuar a analgesia, deverá ser chamado o anestesista que o instituiu ou o anestesista de serviço (**bip`s 16 e 64**);
- Substituir a mistura analgésica sempre que terminar, enquanto se mantiver o protocolo;
- Em caso de necessidade de interromper a analgesia devido a qualquer intercorrência, **NÃO DEVERÁ SER RETIRADO O CATETER**.

➤ CARATERIZAÇÃO DOS FÁRMACOS DESTE PROTOCOLO

- MORFINA: Analgésico opióide agonista total.
- ATROPINA: Parasimpaticolítico.
- LEVOBUPIVACAÍNA: Anestésico local do grupo amida.
- METOCLOPRAMIDA: Antiemético antagonista dos recetores da dopamina.
- PARACETAMOL: Analgésico antipirético não-opióide de ação central.
- ONDANSETRON: Antieméticos antagonistas dos recetores da serotonina.
- NALOXONA: Opióide antagonista total.

Apêndice XV – Norma de Avaliação, Controle e Registo da Dor

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

APROVAÇÃO

1 OBJECTIVOS

Uniformizar a prática de cuidados na avaliação e registo sistemático da intensidade da dor a todos os utentes do Departamento de Cirurgia dos Hospital dos SAMS.

2 ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Todos os enfermeiros que prestam cuidados nas Unidades que compõem o Departamento: Pisos 5 e 6 e Unidade de Cuidados Intermédios (ECIC).

3 RESPONSABILIDADES



3.1 **Pela implementação do Procedimento:** Chefia de Enfermagem do Departamento de Cirurgia.

3.2 **Pela revisão do procedimento:** Enfermeiros Carlos Romão, Cristina Cardoso, Dalila Matias, Fernando Carreira, João Longo, Rui Valcôvo, Susana Pinto, Tânia Raposo.

ELABORAÇÃO	
Nome dos profissionais que elaboraram o documento, por ordem alfabética	João Longo

VERIFICAÇÃO	
CQSD	_____

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	1/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

4 DEFINIÇÕES

Dor – “É uma experiência subjetiva, complexa, multidimensional, única e dinâmica, podendo existir na ausência de causas identificadas. A percepção e a expressão de dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença e o contexto onde se encontra inserida. A natureza subjectiva da dor obriga a que os profissionais de saúde acreditem que a intensidade da dor é o que a pessoa diz que sente, dando especial atenção a comunicação não-verbal quando esta não é capaz de se expressar. O alívio da dor exige uma atenção individualizada e cuidados personalizados.

Toda a pessoa tem direito ao controlo efectivo da dor qualquer que seja a causa, sendo crucial uma abordagem multidisciplinar que engloba intervenções destinadas à prevenção e tratamento da dor, sendo a avaliação e o registo sistemático do 5º Sinal Vital indispensáveis para um controlo eficaz.

Neste domínio, os enfermeiros desenvolvem actividades que se firmam nos Princípios Orientadores do Programa Nacional de Controlo da Dor (2008): ... Direito ao Controlo da Dor ... Dever do Controlo da Dor ... Prevenção e controlo da dor provocados pelos actos diagnósticos ou terapêuticos.

Dor Aguda - Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal. 1; 14.



Dor Crónica - Dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação causal ou temporal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversas situações patológicas. 20

5º Sinal Vital - Consiste na avaliação e registo sistemático da Intensidade da dor com recurso a instrumentos de avaliação: hetero-avaliação e auto-avaliação da dor. Regulamentado na Circular Normativa nº 9/0GCG de 14/06/2003 como norma de boa prática clínica. 3

Auto-avaliação da dor - Avaliação da dor realizada pela pessoa que a experimenta, com recurso a escalas de auto-avaliação ou auto-relato.

Hetero-avaliação da dor - Avaliação da dor efetuada através da observação de indicadores comportamentais e fisiológicos, feita pelo prestador de cuidados, com recurso a escalas de hetero-avaliação⁸⁰.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	2/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

5 SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD's - Actividades de Vida Diárias.

CHKS/HAQU - Gaspe Healthcare Knowledge Systems/Health care Accreditation and Quality Unit

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direcção Geral de Saúde

EMLA - Mistura Eutética de Anestésicos Locais (lidocaina + prilocaina) para aplicação tópica na pele.

GOBP - Guia Orientador de Boa Prática.

GTCO - Grupo de Trabalho Contra a Dor.

IASP - International Association for the Study of Pain - Associação Internacional Para o Estudo da Dor

SV - Sinais Vitais.



6 REFERÊNCIAS

- Manual Internacional da Qualidade CHKS/HAQU, 2006:

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS

- CASEIRO, José Manuel. Biblioteca da Dor: Compilação 1. A Organização da Analgesia do Pós-Operatório. Lisboa. Ed. Permanyer, 2007. p. 197-244.
- BATALHA L, REIS G, COSTA L, CARVALHO M, MIGUENS A. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor face, Legs, Activity, Cry, consolability (FLACC) em crianças. in Revista REFERENCIA, 2009, II Serie, nO10, p. 7-14.
- CIRCULAR NORMATIVA N° 9/DGCG. 2003 - A dor como 5° sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: DGS.4p.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (CIPE/ICNP) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2006. ISBN 92-95040-36-8. 210p.
- DIRECÇÃO GERAL DE SAUDE - Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: DGS, 2001. IBSN 972-9425-95-7. 60p.
- CIRCULAR NORMATIVA N° 11/DSCS/DPCD. 2008. - Programa Nacional de Controlo da Dor. Lisboa: DGS. 15p. Disponível em: www.dgs.pt.
- GRUPO DE TRABALHO CONTRA A DOR - Relatório Dor - 5° Sinal Vital: Avaliação e Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Projecto Institucional, Hospital de D. Estefânia, 2007. 195p. Disponível no Gabinete da Qualidade e na Biblioteca do HOE.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	3/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

8. IASP - Pain definitions. 1979. Disponível em www.iasp-pain.org.
9. LAWRENCE J, ALCOCK, MCGRATH, KAY J, MACMURRAY SB, DULBERG C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal network 1993, 12:59-66.
10. METZGER, Christian; MULLER, Andre; SCHWETTA, Martine; WALTER, Christiane (2002). - Cuidados de Enfermagem e Oor. Loures: Editora Lusociencia. 281p. ISBN: 972-8383-32-0.
11. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. 456p. ISBN: 972-9966-0-2.
12. ORDEM DOS ENFERMEIROS - OOR: Guia Orientador de Boa Prática. Conselho de Enfermagem, 2008. 55p. ISBN: 978-972-99646-9-5.
13. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem, 2001, 16 p.
14. ORDEM DOS ENFERMEIROS - Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem par ao Repositório Central de Dados de Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007. 16 p.
15. WONG, D. and BAKER, C.: Pain in children: comparison of assessment scales, Pediatric Nursing 14 (1):9-17, 1988. Disponível em <http://www1.us.elsevierhealth.com/FACES>

7 INFORMAÇÕES GERAIS



A - Quem executa

- Todos os Enfermeiros do Departamento de Cirurgia.

B - Frequência

- Avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde a admissão até à alta:
 - **Pelo menos 1x por turno**, se intensidade ≤ 3 (dor controlada);
 - **De 4/4 horas ou 2x por turno**, ou sempre que necessário, se intensidade ≥ 4 (não controlada e/ou não tratada), tendo em conta que uma das avaliações deve coincidir com o momento antes do analgésico.
 - **Após o analgésico**, 1 hora após se terapêutica pér-òs ou rectal; ½ hora após se terapêutica IV;
 - **Na alta** - permite estabelecer um plano de controlo da dor no domicílio, sobretudo nas cirurgias em regime ambulatorio.

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	4/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	



C – Pressupostos na prestação de cuidados ao cliente com dor

- Questionar acerca da dor na admissão e sistematicamente;
- Acreditar nos relatos de dor do cliente família, bem como nas estratégias que lhe proporcionam alívio;
- Privilegiar a autoavaliação da dor, tendo em consideração as capacidades de comunicação e as aptidões cognitivas do cliente;
- Colher dados sobre a História de dor para conhecer as palavras e as expressões que a pessoa utiliza para descrever a dor, as experiências prévias, as reacções e as estratégias usadas para lidar com a dor;
- Incluir a pessoa e acompanhante significativo como parceiros activos e membros da equipa dos cuidados no controlo da dor;
- Na criança entre os 3 e os 5 anos, importa treinar a mãe ou pessoa significativa para colaborar na autoavaliação da dor e no desenvolvimento de estratégias não farmacológicas no seu controlo;
- Utilizar equipamento e/ou material o menos invasivo possível;
- Usar a associação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para gerir a dor e a ansiedade. Permitir a escolha das estratégias não farmacológicas sempre que possível, para proporcionar o máximo controlo da situação;
- Na criança, tendo em conta a situação clínica, a idade, e o peso, aplicar os protocolos do EMLA para prevenir a dor de alguns procedimentos de diagnóstico e terapêuticos, em que estão indicados;
- Optimizar o tempo de espera para realização dos procedimentos invasivos, no intuito de diminuir a ansiedade antecipatória.

D - Orientações quanto à execução

- Colher dados da História de dor nas primeiras 48h de internamento; ou logo que possível nos clientes que não conseguem ou não querem comunicar a sua dor. A História de dor contém informações quanta as várias dimensões da dor, tais como:
 - *A qualidade* - as palavras que a pessoa utiliza para caracterizar a dor;

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	5/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

- *A cronologia* - permite conhecer a evolução e o padrão da dor (como se inicia e evolui ao longo do tempo, que tipo de dor, quais os factores de alívio e/ou de agravamento da dor);
- *A localização* - descrever o local da dor, podendo recorrer ao uso de diagramas da silhueta corporal;
- *A intensidade* - obtida com a utilização dos instrumentos de avaliação da intensidade da dor;



Importa, ainda, obter dados quanto às reacções do utente - sinais verbais e não- verbais; estratégias de *coping* - o que faz e o que gosta que façam por si quando tem dor; quais os efeitos da dor sobre as actividades de vida do utente.

- Seleccionar os instrumentos de avaliação tendo em conta: a idade, a situação clínica, as capacidades cognitivas e a preferência do utente quanta a escala de autoavaliação, bem como a facilidade de aplicação deste instrumento.
- Manter a mesma escala de intensidade durante todo o tempo que durar a assistência ao cliente, excepto se as suas capacidades cognitivas se modificarem, de forma a possibilitar a comparabilidade e a evolução do intensidade de dor.
- Ensinar o utente e o acompanhante significativo sobre a utilização dos instrumentos de auto-avaliação da dor.
- Na criança, a autoavaliação da dor pode ser realizada a partir dos 3 anos, inclusive, quantificada com as escalas das Faces ou Numérica.
- Quando o utente não é capaz de autoavaliar a dor utilizam-se as escalas de hetero-avaliação e adicionalmente a percepção da pessoa significativa que conhece o utente.
- Efectuar o registo da intensidade da dor em página própria do Sistema de Informação, garantindo a comunicação dos resultados da avaliação da dor aos vários membros da equipa multidisciplinar.

D1 - Procedimento

- ✓ Reconhecer que o cliente é o melhor avaliador da sua própria dor;
- ✓ Acreditar sempre na pessoa que sente dor;
- ✓ Monitorizar a dor, utilizando um dos instrumentos recomendados (ex. Escala Numérica, em clientes sem alteração do estado de consciência, memória e/ou emoção):

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	4/12

 	Norma de Procedimento Sectorial AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	COD.000 (ou COD.0000)
--	---	------------------------------



- No momento da admissão do cliente;
- Pelo menos 1x por turno (ver frequência);
- ✓ Face a clientes com dor, o enfermeiro deverá atender igualmente aos seguintes aspetos:
 - Validar a capacidade do cliente para a utilização do instrumento seleccionado e, caso esteja apto:
 - Ensinar sobre auto-avaliação da dor;
 - Instruir sobre auto-avaliação da dor;
 - Treinar sobre a auto-avaliação da dor.
 - Avaliar características da dor:
 - Tipo;
 - Localização;
 - Duração;
 - Frequência.
 - Identificar implicações da dor do cliente na satisfação dos seus auto-cuidados;
 - Assistir o utente na identificação de estratégias de alívio da dor;
 - Providenciar meios para a execução das estratégias de alívio da dor;
 - Executar as estratégias de alívio da dor identificadas sempre que o utente manifeste dor;
 - Executar tratamento analgésico segundo o protocolo se a intensidade da dor for igual ou superior a 4 (score na escala numérica);
 - Monitorizar a dor, utilizando um dos instrumentos recomendados, 1 hora após a administração de terapêutica analgésica prescrita e/ou execução de estratégias de alívio da dor;
 - Prevenir e controlar os efeitos colaterais mais frequentes da terapêutica Analgésica administrada;
 - Comunicar ao anestesiologista/médico assistente;
 - Envolver familiares, prestadores de cuidados e/ou conviventes significativos, sempre que possível, no processo de avaliação e controlo da dor do utente.

D2 - Registo

✓ Avaliação

Inicial

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	7/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

- Relatar experiências anteriores de dor significativas para o utente e estratégias de alívio da dor mais comumente adoptadas por este (preferencialmente no âmbito dos antecedentes pessoais);
- Registar a monitorização da dor efectuada aquando da admissão do utente, referindo o instrumento utilizado

✓ **Medicação Prescrita**

- Activar administração de analgésico segundo protocolo estabelecido;
- Justificar a administração da analgesia prescrita;
- Relatar ineficácia e/ou ocorrência de efeitos colaterais dos analgésicos prescritos;
- Ocorrência de dor (quando o fenómeno não estiver identificado) e estratégias adoptadas.



✓ **Atitude Terapêutica**

- Parâmetros vitais

✓ **Fenómeno/diagnóstico**

- Dor
 - Atual (com, pelo menos, dois dos seguintes parâmetros):
 - Tipo
 - Frequência
 - Duração;
 - Topologia
 - Conhecimento sobre a auto-avaliação da dor:
 - Não demonstrado
 - Demonstrado
 - Aprendizagem de habilidades sobre auto-avaliação da dor:
 - Não demonstrado
 - Demonstrado

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PÁGS.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	8/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

✓ **Intervenções de Enfermagem**

- Monitorizar a dor através dos instrumentos de avaliação recomendados:
 - Agora (no momento da admissão);
 - Hora fixa (10:00h e 18:00h;
 - SOS (1 hora após a administração de terapêutica analgésica prescrita em SOS e/ou execução de estratégias de alívio da dor).
- Gerir ambiente físico: SOS;
- Assistir utente na identificação de estratégias de alívio da dor (mencionar qual a estratégia referenciada pelo cliente);
- Executar estratégias de alívio da dor (referir qual a estratégia);
- Executar técnica de massagem: SOS;
- Ensinar sobre auto-avaliação da dor: dia e turno fixo;
- Instruir sobre auto-avaliação da dor: dia e turno fixo;
- Treinar sobre auto-avaliação: dia e turno fixo;
- Promover envolvimento da família: agora.

E – Avaliação dos resultados



A monitorização da avaliação e registo sistemático do 5º Sinal Vital devera ser efectuada através de auditorias internas, trimestralmente. Nas auditorias devem ser considerados os Indicadores de Qualidade Específicos, definidos para o Departamento, com base nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, referente ao enunciado descritivo a bem-estar e o auto cuidado. Os resultados das auditorias permitem aferir e aperfeiçoar a prática de cuidados ao utente com dor.

As equipas de cuidados devem obter resultados da satisfação do cliente em relação a gestão da dor e usar esses resultados para identificar oportunidades de melhoria contínua da prestação de cuidados diretos e das competências dos enfermeiros nesta área de intervenção.

8 RECURSOS

- ✓ Instrumentos de avaliação de dor no adulto:
- Escala Visual Analógica (EVA)
 - Escala Numérica (EN)
 - Escala de Faces ou Wong Baker (EF)

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	9/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

- Escala Qualitativa (EQ)

✓ Instrumentos de avaliação de dor na criança:

- Escala de Faces ou Wong Baker (EF)
- Escala Numérica (EN)

9 PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM - Bem-estar e auto-cuidado - *Promover o controlo da dor.*

- Indicadores de Resultado na Avaliação e Registo Sistemático do 5º Sinal Vital:

1.

Nº de utentes com dor X 100

Nº de utentes Internados

2.

Nº Utes com avaliação sistemática da dor X 100

Nº Utes com dor

3.

Nº Utes com dor controlada X 100

Nº Utes com dor

4.



Nº Utes com dor de procedimento controlada X 100

Nº Utes que realizam procedimentos

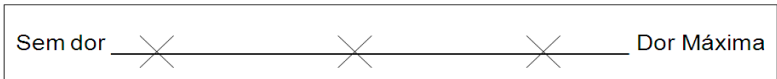
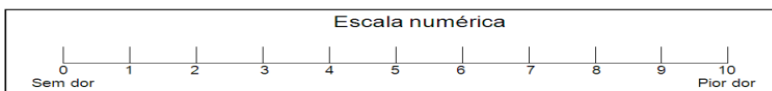
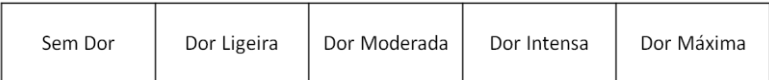
10 ANEXOS

10.1 Outros



EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	10/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

ANEXO I - Instrumentos de Avaliação de Dor – Escalas

Escala	Tipo de Dor	População Alvo	Comentários
Escala Visual Analógica (EVA)	Todos os tipos	≥ 6 anos de idade	<p>Escala de referência na avaliação da dor.</p> <p>Utilização descrita na Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003.</p>
			 <p>Fonte: Circular Normativa da DGCG, nº9, 2003, p.2.</p>
Escala de Avaliação Numérica (EAN)	Todos os tipos	≥ 6 anos de idade (saber contar com noção de grandeza numérica)	<p>Pode ser usada sem instrumento físico. Sensível ao efeito de memória.</p> <p>Utilização descrita na Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003.</p>
			 <p>Fonte: Circular Normativa da DGCG, nº9, 2003, p.2.</p>
Escala Qualitativa	Todos os tipos	≥ 4 anos de idade	<p>Pode ser usada sem instrumento físico. Sensível ao efeito de memória.</p> <p>Ausência de consenso dos adjetivos a usar.</p> <p>Utilização descrita na Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003.</p>
			 <p>Fonte: Circular Normativa da DGCG, nº 9, 2003, p.2</p>

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	11/12

 	Norma de Procedimento Sectorial	COD.000 (ou COD.0000)
	AVALIAÇÃO, CONTROLO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR	

Escala de Faces Wong Baker	Todos os tipos	≥ 3 anos de idade	Pode predispor a avaliar mais a dimensão emocional que a sensorial da dor. Utilização descrita na Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003.
	 <p>0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)</p>		

EDIÇÃO		CIRCULAR INFORMATIVA		PRÓXIMA EDIÇÃO	Nº PAGES.
Letra Edição	Data Publicação	Nº	Nº da Circular	Data Publicação + 3 anos	12/12

Apêndice XVI – Nomeação do Enfermeiro Dinamizador dos PQCE

De: Alcides Bernardino Peixeiro

Enviada: terça-feira, 24 de Abril de 2012 11:29

Para: 'Gestor dos PPQCE'

Cc: Luisa Ribeiro; Carlos Fernando Lucas

Assunto: RE: nomeação enfermeiros - programa padrões de qualidade cuidados de enfermagem

Importância: Alta

Bom dia, de acordo com a orientação de apenas nomear dois enfermeiros, tenho que alterar um dos nomes que foram propostos.

Assim, para frequentar o programa propõem-se os seguintes enfermeiros, que cumprem o perfil pretendido:

1 - Maria Luisa Fialho Ribeiro, membro da OE nº 5-E 35945: Luisa.ribeiro@sams.sbsi.pt; telefone936169246

2 - Carlos Fernando Costa Rodrigues Lucas, membro da OE nº 5-E24977, mail: Carlos.lucas@sams.sbsi.pt ; Telefone: 918689873

Com os meus cumprimentos.



Alcides Peixeiro

Enfermeiro Supervisor dos SAMS do SBSI

alcides.peixeiro@sams.sbsi.pt

Tel: 912564880; 218422244;213811814

Apêndice XVII – Flyer das diversas ações de formação no âmbito dos PQCE



DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Formadores: Enf.ª Luisa Ribeiro

Destinatários: Enfermeiros

Data: 27 de Abril 2012

Hora: 11 h – 12:30 h

Local: Piso 8 – Sala de Formação



DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Formadores: Enf.ª Luisa Ribeiro

Destinatários: Enfermeiros

Data: 21 de Maio 2012

Hora: 11 h – 12:30 h

Local: Piso 8 – Sala de Formação

Apêndice XVIII – Nomeação do Enfermeiro Responsável pela Formação em Serviço



DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Assunto: nomeação de enfermeiro coordenador de formação

Informo que o enfermeiro *João José Rolo Longo* é nomeado a partir desta data e por um período de dois anos, enfermeiro coordenador da formação em serviço, em articulação directa com a chefia de enfermagem. Neste âmbito, passa a ser responsável por:

- Identificar necessidades de formação;
- Planear e desenvolver acções de formação com a equipa;
- Avaliar resultados da formação em serviço.
- Colabora com o Departamento de Formação da Direcção de Recursos Humanos dos SAMS.

Lisboa, 05 de Setembro de 2011

Luisa Ribeiro

ANEXOS

Anexo I – Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica



REGULAMENTO DE IDONEIDADE FORMATIVA DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA

Proposta apresentada pelo Conselho Directivo
Lisboa, 5 de Maio de 2010

Aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010

**REGULAMENTO DA IDONEIDADE FORMATIVA
DOS CONTEXTOS DE PRÁTICA CLÍNICA**

PREÂMBULO

De acordo com a alínea j) do artigo 30.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, é competência do Conselho de Enfermagem “proceder à definição dos critérios para a determinação da idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde, no âmbito do exercício profissional de enfermagem”.

O estabelecimento de determinados critérios para o reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica contribui para garantir a qualidade do Exercício Profissional Tutelado e/ou do Desenvolvimento Profissional Tutelado.

Para a determinação da idoneidade formativa dos contextos, opta-se pela construção de um referencial único que parte dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, sendo o enunciado relativo à “organização dos cuidados de enfermagem” o eixo organizador das diferentes dimensões a considerar no processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem.

A acreditação é de unidades prestadoras de cuidados e não de departamentos ou instituições, considerando-se a existência de critérios obrigatórios e critérios de excelência. Os critérios são comuns para a verificação da idoneidade formativa de todos os contextos e, neles, para Exercício Profissional Tutelado e para o Desenvolvimento Profissional Tutelado.

Assim:

Nos termos do n.º 6 do artigo 4.º da Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, e da alínea j) do artigo 30.º, da alínea o) do artigo 20.º e da alínea i), do artigo 12.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, por proposta do Conselho Directivo, ouvido o Conselho Jurisdicional, o Conselho de Enfermagem e os conselhos directivos regionais, a Assembleia Geral aprova o seguinte Regulamento:

**CAPÍTULO I
Disposições Gerais**

**ARTIGO 1.º
Objecto**

O presente Regulamento estabelece os princípios, a estrutura e os processos de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica e da certificação de competências do Supervisor Clínico em Prática Tutelada em Enfermagem (PTE), no âmbito do Sistema de Certificação de Competências da Ordem dos Enfermeiros, independentemente de se tratar do Exercício Profissional Tutelado (EPT) ou do Desenvolvimento Profissional Tutelado (DPT).

**ARTIGO 2.º
CONCEITOS E FINALIDADE**

A idoneidade formativa dos contextos de prática clínica compreende o conjunto de características que estes detêm, favoráveis à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem assim como à Supervisão Clínica em PTE, que cumpram com o estabelecido neste Regulamento.

- 1- A verificação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica é requisito obrigatório para o desenvolvimento da PTE.
- 2- A capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde para PTE traduz-se no número máximo de supervisandos que, a cada momento, podem frequentar períodos formativos de EPT ou de DPT, num determinado contexto de prática clínica cuja idoneidade formativa tenha sido acreditada nos termos deste Regulamento.

CAPÍTULO II

Processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica

ARTIGO 3.º

ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO

- 1- O processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica estrutura-se na Candidatura, no reconhecimento, na acreditação e na renovação da acreditação.
- 2- A acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica é da responsabilidade da Estrutura de Idoneidades e da Comissão de Certificação de Competências, de acordo com o presente Regulamento.

ARTIGO 4.º

ESTRUTURA DE IDONEIDADES

- 1- A Estrutura de Idoneidades é uma estrutura profissionalizada da Ordem dos Enfermeiros constituída por um Coordenador Nacional da Estrutura, nomeado pelo Conselho Directivo, sob proposta do Conselho de Enfermagem, e cinco núcleos regionais, a funcionar junto das secções regionais.
- 2- Os núcleos regionais são compostos por peritos nomeados pelo Conselho Directivo sob proposta do Conselho de Enfermagem, em número de dois, nas secções regionais dos Açores e da Madeira, e até quatro, nas restantes secções regionais.
- 3- As competências da Estrutura de Idoneidades são as seguintes:
 - a) Instruir os processos de candidatura à acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica para PTE;
 - b) Conduzir o processo de reconhecimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica para PTE;
 - c) Elaborar a “Proposta de Acreditação” à Comissão de Certificação de Competências para acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica;
 - d) Instruir os processos de renovação da acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica;
 - e) Acompanhar os contextos de prática clínica com acreditação da idoneidade formativa e verificar a manutenção das condições de idoneidade;
 - f) Definir e propor o “Plano Orientador para o desenvolvimento da Idoneidade Formativa” específico para cada contexto de prática clínica que não tenha a idoneidade formativa acreditada e que o solicite;
 - g) Prestar assessoria técnica ao desenvolvimento da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica;
 - h) Instruir os processos de candidatura e de selecção de candidatos a Supervisores Clínicos de EPT e DPT;
 - i) Organizar a formação específica em Supervisão Clínica de PTE e a formação contínua no âmbito da bolsa de supervisores;
 - j) Elaborar e apresentar a proposta de certificação de Supervisor Clínico de EPT e de DPT à Comissão de Certificação de Competências;
 - k) Emitir o certificado de Supervisor Clínico para EPT e DPT;
 - l) Organizar e gerir a bolsa de supervisores;
 - m) Instruir os processos de recertificação de Supervisor Clínico de PTE;
 - n) Manter o registo da capacidade formativa para EPT e DPT, por área de especialidade, actualizado;
 - o) Prestar à Comissão de Certificação de Competências e/ou de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, as informações que lhe sejam solicitadas;
 - p) Definir os instrumentos e processos necessários à sua actividade e submetê-los à aprovação da Comissão de Certificação de Competências.

ARTIGO 5.º

CANDIDATURA

- 1- A candidatura à acreditação da idoneidade formativa é formalizada através da apresentação do processo de candidatura pelo contexto de prática clínica, de forma singular, enquanto unidade de cuidados, junto da Estrutura de Idoneidades.
- 2- O processo de candidatura inicia-se com a apresentação de requerimento através do formulário disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades, com indicação dos seguintes elementos:
 - a) Identificação do contexto de prática clínica, enquanto unidade de cuidados, e da instituição prestadora de cuidados de saúde em que se integra;
 - b) Referência aos fins da acreditação: EPT e/ou DPT e, neste caso, em que áreas de especialização em enfermagem;
 - c) Caracterização do contexto de prática clínica relativamente a cada dimensão e indicadores previstos no "Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica".
- 3- O formulário de candidatura deve ser, ainda, acompanhado do seguinte:
 - a) Carta de Motivos, assinada pela chefia de enfermagem do contexto de prática clínica a que se refere a candidatura;
 - b) Declaração de concordância assinada pelo órgão de gestão da instituição prestadora de cuidados de saúde na qual o contexto de prática clínica se integra.
- 4- A Estrutura de Idoneidades pode solicitar elementos adicionais, para além dos previstos nos números anteriores, que considere necessários à instrução do processo de candidatura.

ARTIGO 6.º

RECONHECIMENTO

- 1- O reconhecimento da idoneidade formativa consiste na avaliação e verificação das condições estabelecidas no "Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica", no contexto que apresentou candidatura nos termos do artigo anterior, para efeitos da sua acreditação.
- 2- A Estrutura de Idoneidades da Ordem dos Enfermeiros é responsável por conduzir as auditorias ao contexto de prática clínica e garantir o cumprimento de todas as formalidades necessárias.
- 3- O processo de reconhecimento conclui-se com a elaboração do "Relatório de Reconhecimento".
- 4- O "Relatório de Reconhecimento" deve integrar a "Proposta de Acreditação" e ser enviado à Comissão de Certificação de Competências do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, para os efeitos previstos no artigo seguinte.

ARTIGO 7.º

ACREDITAÇÃO

- 1- A acreditação compreende a análise da "Proposta de Acreditação" apresentada pela Estrutura de Idoneidades.
- 2- A competência de deliberação de atribuição da acreditação da idoneidade formativa do contexto de prática clínica candidato compete à Comissão de Certificação de Competências do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.
- 3- A deliberação da Comissão de Certificação de Competências assume a forma de "Acreditação" ou "Não Acreditação" da idoneidade formativa para EPT e/ou DPT.
- 4- A deliberação de acreditação deve especificar qual a modalidade e, no caso do DPT, a área ou áreas de especialização em enfermagem.
- 5- Para efeitos do número anterior, as modalidades de acreditação compreendem a "Acreditação com Critérios Obrigatórios" ou a "Acreditação com Critérios de Excelência", em função da natureza dos critérios em presença

- 6- Em caso da deliberação ser de “Não Acreditação”, mediante solicitação do contexto de prática clínica, a Estrutura de Idoneidades elabora e fornece um “Plano Orientador para o desenvolvimento da Idoneidade Formativa”, a utilizar numa eventual assessoria técnica.
- 7- A acreditação da idoneidade formativa não pode ser atribuída a departamentos ou instituições de saúde.

ARTIGO 8.º

VALIDADE E RENOVAÇÃO DA ACREDITAÇÃO

- 1- A acreditação da idoneidade formativa do contexto é válida por um período de três anos, a contar da data da notificação da deliberação.
- 2- O contexto de prática clínica acreditado deve requerer à Comissão de Certificação de Competências, através da Estrutura de Idoneidades, a renovação da acreditação durante o terceiro ano de validade.
- 3- O pedido de renovação da acreditação previsto no número anterior origina um novo processo de reconhecimento da idoneidade formativa, regido pelo disposto no artigo 5.º.

ARTIGO 9.º

ALTERAÇÕES DO CONTEXTO DE PRÁTICA CLÍNICA

- 1- As alterações das condições do contexto de prática clínica durante o período de validade da acreditação, que possam comprometer a idoneidade formativa, devem ser comunicadas à Comissão de Certificação de Competências.
- 2- A comunicação prevista no número anterior é seguida de uma auditoria ao contexto de prática clínica a realizar pela Estrutura de Idoneidades.
- 3- A Estrutura de Idoneidades deve elaborar um relatório de auditoria e submetê-lo à Comissão de Certificação de Competências para efeitos de deliberação sobre a manutenção da acreditação.

ARTIGO 10.º

REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO

- 1- Compete ao Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros elaborar e rever o “Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica”.
- 2- O “Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica” organiza-se de acordo com o enunciado descritivo da “Organização dos Cuidados de Enfermagem” previsto nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Anexo I).
- 3- O Referencial de Avaliação aplica-se ao reconhecimento da idoneidade formativa de todos os contextos de prática clínica, independentemente da sua natureza pública ou privada.
- 4- A aplicação do Referencial de Avaliação deve adequar-se à diversidade dos contextos de prestação de cuidados de enfermagem e à especificidade do reconhecimento da idoneidade formativa para EPT e para DPT em cada área de especialização em enfermagem.
- 5- São dimensões do Referencial de Avaliação:
 - a) Quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem;
 - b) Sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
 - c) Sistemas de informação e registos em enfermagem, organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão;
 - d) Satisfação profissional dos enfermeiros;
 - e) Dotações seguras em enfermagem;
 - f) Política de formação contínua de enfermeiros;
 - g) Metodologias de organização de cuidados de enfermagem.

- 6- Cada dimensão prevista no número anterior organiza-se em critérios, sub-organizados em indicadores (Anexo II).
- 7- Os critérios e os indicadores de idoneidade formativa para DPT acrescem aos estabelecidos para EPT.
- 8- A definição dos critérios e dos indicadores para DPT compete ao Conselho de Enfermagem que especifica para cada área de especialização em enfermagem, após parecer do Colégio de Especialidade respectivo.
- 9- O Referencial de Avaliação estabelece os "Critérios Obrigatórios", sem os quais não é acreditada a idoneidade formativa dos contextos, e os "Critérios de Excelência", que elevam as condições de idoneidade formativa dos contextos, de acordo com um princípio de discriminação positiva.

ARTIGO 11.º

IMPLEMENTAÇÃO DO REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO

- 1- A aplicação do Referencial de Avaliação será progressiva, de acordo com três etapas, correspondentes, cada uma delas, a um triénio.
- 2- A progressividade na aplicação do Referencial de Avaliação é estabelecida pelo Conselho de Enfermagem que define as condições de implementação para cada etapa.

CAPÍTULO III Supervisão Clínica

ARTIGO 12.º

SUPERVISOR CLÍNICO DE PTE

- 1- A PTE desenvolve-se no quadro de um modelo de Supervisão Clínica definido pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.
- 2- As condições de idoneidade formativa dos contextos de prática clínica integram obrigatoriamente a existência de supervisores clínicos certificados pela Ordem dos Enfermeiros, nos termos do artigo seguinte.

ARTIGO 13.º

CERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO SUPERVISOR CLÍNICO DE PTE

- 1- A certificação de competências do Supervisor Clínico de PTE é da competência da Comissão de Certificação de Competências do Conselho de Enfermagem, sob proposta da Estrutura de Idoneidades.
- 2- A certificação do Supervisor Clínico de PTE abrange:
 - a) Selecção do candidato segundo critérios de perfil definidos pelo Conselho de Enfermagem, ouvidos os Colégios de Especialidade quanto aos critérios específicos relativos à respectiva área de especialização em enfermagem;
 - b) Formação específica em supervisão clínica de PTE para os candidatos seleccionados;
 - c) Validação de competências do domínio de Supervisão Clínica.
- 3- As competências do domínio de Supervisão Clínica a certificar são:
 - a) Proporciona aprendizagens e promove o desenvolvimento do supervisando;
 - b) Garante uma indução e/ou transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em EPT e DPT;
 - c) Promove uma relação de colaboração e de suporte ao supervisando (Anexo III).

ARTIGO 14.º

PROCESSO DE CERTIFICAÇÃO

- 1- A candidatura a Supervisor Clínico de PTE formaliza-se através de requerimento apresentado junto da Estrutura de Idoneidades.

- 2- O formulário de candidatura é disponibilizado pela Estrutura de Idoneidades e deve ser acompanhado de:
 - a) Carta de Motivação do candidato;
 - b) Declaração de contagem de tempo profissional, especificando os contextos de prática clínica e os períodos de exercício em cada um deles.
- 3- A Estrutura de Idoneidades da Ordem dos Enfermeiros é responsável pelo seguinte:
 - a) Receber a candidatura voluntária dos enfermeiros e dos enfermeiros especialistas;
 - b) Fazer a instrução do processo de selecção;
 - c) Organizar formação específica em supervisão clínica de PTE para os candidatos seleccionados;
 - d) Validar as competências do domínio de Supervisão Clínica;
 - e) Elaborar a proposta para certificação de competências do candidato a Supervisor Clínico de PTE.

ARTIGO 15.º

DIREITOS DO SUPERVISOR CLÍNICO DE PTE

A certificação de competências de Supervisor Clínico de PTE confere ao titular o direito a:

- a) Integração numa bolsa de supervisores clínicos regional, dinamizada pela Estrutura de Idoneidades;
- b) Averbamento da certificação na cédula profissional, com aposição da designação: "Supervisor Clínico de EPT e/ou DPT".

ARTIGO 16.º

RECERTIFICAÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE SUPERVISOR CLÍNICO DE PTE

- 1- A certificação do Supervisor Clínico de PTE tem uma validade de seis anos, a contar a partir da data de notificação da certificação.
- 2- O Supervisor Clínico de PTE deve requerer junto da Estrutura de Idoneidades a recertificação de competências de Supervisor Clínico, durante o último ano de validade da certificação.
- 3- A Estrutura de Idoneidades realiza a instrução dos processos de recertificação de acordo com os critérios e os procedimentos definidos pelo Conselho de Enfermagem.
- 4- Finda a instrução, a Estrutura de Idoneidades elabora uma proposta de recertificação do Supervisor Clínico de PTE e submete-a à Comissão de Certificação de Competências.
- 5- A expiração da validade da certificação, sem apresentação de pedido de recertificação pelo Supervisor Clínico de PTE no prazo estabelecido, determina:
 - a) A impossibilidade do Supervisor Clínico supervisionar a PTE;
 - b) A desconsideração do Supervisor Clínico afectado para efeitos de idoneidade formativa do contexto de prática clínica;
 - c) A saída da bolsa de supervisores clínicos regional;
 - d) O dever de entrega da cédula profissional, para actualização do averbamento relativo à certificação de competências de Supervisor Clínico;
 - e) A obrigatoriedade de submissão a novo processo de certificação, nos termos do artigo 13.º deste Regulamento.

Aprovado, por maioria, pelo Conselho Directivo na sua reunião de 5 de Maio de 2010 e
ratificado pela Digníssima Bastonária em 6 de Maio de 2010

ANEXO I

Enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

“Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos. Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes (cf. Bednar, 1993 2), quer ao nível dos resultados mínimos aceitáveis, quer ao nível dos melhores resultados que é aceitável esperar (Grimshaw & Russel, 19933). Nesta fase, foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

3.1. A satisfação do cliente

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

São elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros:

- O respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente;
- A procura constante da empatia nas interações com o cliente;
- O estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

3.2. A promoção da saúde

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.

São elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros:

- A identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade;
- A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- A promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;
- O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

3.3. A prevenção de complicações

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes.

São elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros:

- A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis;

- A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados;
- O rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde;
- A supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e que delega.

3.4. O bem-estar e o autocuidado

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.

São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros:

- A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar / complementar actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente;
- A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas identificados;
- O rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem;
- A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo dos cuidados de saúde;
- A supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro;
- A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e pelos que delega.

3.5. A readaptação funcional

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde

São elementos importantes face à readaptação funcional, entre outros:

- A continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem;
- O planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade;
- O máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade;
- A optimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito;
- O ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

3.6. A organização dos cuidados de enfermagem

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem

São elementos importantes face à organização dos cuidados de enfermagem, entre outros:

- A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem;
- A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;
- A existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente;
- A satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional;
- O número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem;
- A existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade;
- A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade.

(Fonte: ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa, 2003, p.11-15)

ANEXO II

Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica

Não deixando de considerar os aspectos imprescindíveis decorrentes do enquadramento conceptual, partimos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e estabelecemos o enunciado descritivo “A organização dos cuidados de enfermagem” como eixo organizador das diferentes dimensões a considerar no processo de acreditação da idoneidade formativa dos contextos de prática clínica de enfermagem.

DIMENSÕES	CRITÉRIOS	INDICADORES
1. Quadro de Referência para o Exercício Profissional de Enfermagem	1.1. Existência de um enquadramento conceptual de referência para o Exercício Profissional da Enfermagem	1.1.1. Que o quadro de referência contemple os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos. 1.1.2. Que o quadro de referências plasme o Código Deontológico dos Enfermeiros. 1.1.3. Que o quadro seja enriquecido com o suporte de uma filosofia de cuidar associada a conceptualização de enfermagem.
	1.2. Existência de um Plano de Actividades de Enfermagem	1.2.1. Participação dos enfermeiros do contexto de prática clínica na elaboração do plano de actividades. 1.2.2. Evidência de explicitação de intenções, metas e indicadores relativos a diagnósticos e/ou intervenções dos enfermeiros. 1.2.3. Relatórios de actividades disponíveis.
2. Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros	2.1. Existência de dispositivos que permitam a implementação e monitorização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	2.1.1. Formação realizada a pelo menos 75% dos enfermeiros, relativa aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. 2.1.2 Evidência de designação de elemento dinamizador dos PQCE. 2.1.3 Em curso, pelo menos um projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem.
	2.2. A existência de dispositivos que permitam uma análise regular das práticas e a correcção dos	2.2.1. Existência de sistemas de registo de eventos-sentinelas. 2.2.2. Existência de sistemas de avaliação da qualidade Institucional (Normas ISO; Joint Commission; King's Fund). 2.2.3. Existência de um responsável pela gestão do risco no contexto e

	desvios, caso se verifiquem	de uma carta de risco clínico e ambiental. 2.2.4. Evidência de proactividade na gestão das reclamações associadas aos cuidados de enfermagem.
	2.3. Existência de procedimentos de segurança documentados e actualizados	2.3.1. Controlo e monitorização de infecção associada aos cuidados de saúde. 2.3.2. Triagem de resíduos. 2.3.3. Manutenção preventiva (sistema eléctrico; água, saneamento, elevadores, estrutura do edifício). 2.3.4. Armazenamento dos stocks. 2.3.5. Existência de instalações adequadas à prática de cuidados de Enfermagem com qualidade e segurança (espaços, iluminação, limpeza, circuitos de lixo e sujos, ...).
	2.4. Evidência da adequação dos equipamentos e demais recursos materiais às necessidades para a prestação de cuidados de enfermagem	2.4.1. Evidência da avaliação da qualidade dos produtos e sua adequação às necessidades dos serviços. 2.4.2. Evidência de manutenção e calibragem regular dos equipamentos. 2.4.3. Existência de um sistema de gestão de stocks.
3. Sistemas de Informação em Enfermagem; organizado em torno da sistematização do processo de tomada de decisão	3.1. A existência de um sistema de informação em enfermagem	3.1.1. que incorpore sistematicamente, entre outros dados, os diagnósticos de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente. 3.1.2. que explicita o processo de tomada de decisão. 3.1.3. que utilize Linguagem classificada – CIPE.
	3.2. Sistemas de Informação em Enfermagem de acordo com as directrizes da OE para a sua certificação	3.2.1. que respeitem os princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais. 3.2.2. que incorporem o resumo mínimo de dados e Core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde (na versão mais actualizada).
4. Satisfação profissional dos Enfermeiros	4.1. Existência de dispositivos que avaliem regularmente a satisfação dos enfermeiros	4.1.1. Estabelecida forma regular de avaliação da satisfação dos enfermeiros. 4.1.2. Evidência de elevados níveis de satisfação dos enfermeiros.
	4.2. Evidência da valorização dos resultados de satisfação dos enfermeiros	4.2.1. Evidência de medidas ou estratégias resultantes da avaliação para efeitos de gestão da qualidade/gestão de Recursos Humanos.
5. Dotações seguras em Enfermagem	5.1. Adequação do número de enfermeiros às necessidades de cuidados de enfermagem;	5.1.1. Utilização de instrumentos de avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem. 5.1.2. Adequação do número de enfermeiros em função dos resultados da avaliação das necessidades em cuidados de enfermagem.
	5.2. Evidência de estabilidade na equipa de enfermagem	5.2.1. Índice de rotatividade anual inferior a 15%.
	5.3. Escalas de trabalho adequadas	5.3.1. Existência de um modelo de organização de escalas de trabalho que cumpra as disposições legais.
	5.4. Ter recursos humanos para PTE	5.4.1. Ter pelo menos 2 supervisores clínicos certificados pela OE. 5.4.2. Respeito pelo rácio supervisando-número de enfermeiros do Contexto de Prática Clínica.
6. Política de Formação Contínua de Enfermeiros	6.1. A existência de uma política e práticas de formação contínua, promotoras do desenvolvimento profissional e da qualidade	6.1.1. Existência de enfermeiro responsável pela coordenação da formação em Serviço. 6.1.2. Existência de um Plano Anual de Formação que vá ao encontro das necessidades identificadas pelos enfermeiros. 6.1.3. Existência de Relatório de formação, que contemple avaliação da formação e do impacto dos seus resultados.

		6.1.4. Existência de critérios explícitos para a selecção de enfermeiros enquanto formadores (interna e externamente) e enquanto formandos (interna e externamente). 6.1.5. Evidência de participação de enfermeiros do serviço em projectos/ grupos de trabalho pertinentes para o contexto e/ou para a enfermagem. 6.1.6. Existência de dispositivos de formação promotores de prática reflexiva regulares e sistemáticos: "análise das práticas"; "estudos de caso"; "Supervisão Clínica". 6.1.7. Evidência de que os supervisores clínicos estão inseridos na bolsa de supervisores regional e envolvidos nos processos de formação contínua de supervisores.
	6.2. Existências de meios e recursos adequados ao desenvolvimento da formação contínua e em serviço	6.2.1. Existência de recursos de suporte informativo e pedagógico de apoio aos enfermeiros (ex: acesso à internet; biblioteca; estudos relevantes e actuais). 6.2.2. Evidência de parcerias para a formação e investigação em enfermagem. 6.2.3. Existência de Planos de Integração de Enfermeiros no Serviço.
7. Metodologias de Organização de Cuidados de Enfermagem	7.1. Evidência de utilização de metodologias de organização de cuidados de enfermagem promotora de qualidade	7.1.1. Evidência de metodologias de organização de cuidados de enfermagem baseadas na evidência científica e tendo por referência os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. 7.1.2. Opção por método(s) de organização do trabalho que assegurem uma prestação de cuidados global e segura. 7.1.3. Que o método de organização do trabalho permita a proximidade e a relação de cooperação entre supervisor e supervisando.

ANEXO III

Competências do domínio da Supervisão Clínica

- SC1. Proporciona aprendizagens e promove o desenvolvimento do supervisando;
 SC2. Garante uma indução e/ou transição socioprofissional segura e a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em EPT e DPT;
 SC3. Promove uma relação de colaboração e de suporte ao supervisando.

COMPETÊNCIA

SC1. PROPORCIONA APRENDIZAGENS E PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DO SUPERVISANDO

Descritivo

Demonstra, enquanto supervisor, ser agente facilitador de aprendizagens e promotor de percursos formativos pertinentes no quadro regulador da profissão. Partindo da praxis profissional do supervisando, promove o seu desenvolvimento pessoal e profissional e aprende na análise e reflexão que faz e na relação de supervisão que estabelece.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
SC1.1. Reconhece e age em função da centralidade do papel do supervisando	SC1.1.1. Conhece o supervisando e o seu projecto de aprendizagem. SC1.1.2. Envolve e compromete o supervisando como principal agente do seu próprio processo de aprendizagem e desenvolvimento. SC1.1.3. Age, em função do percurso e das necessidades de aprendizagem do supervisando. SC1.1.4. É empático e sensível à problemática do supervisando. SC1.1.5. Considera o universo simbólico do supervisando e as suas idiossincrasias.
SC1.2. Selecciona e adequa as melhores estratégias e estilo de supervisão a cada situação particular	SC1.2.1. Conhece o processo, as estratégias e os instrumentos a utilizar na supervisão clínica. SC1.2.2. É flexível, na gestão das situações tendo por referências o projecto de aprendizagem do supervisando e os instrumentos reguladores da profissão.
SC1.3. Acompanha e problematiza a prática profissional do supervisando criando oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento do programa formativo	SC1.3.1. Mobiliza os recursos locais para proporcionar experiências de aprendizagem pertinentes e adequadas ao projecto do supervisando. SC1.3.2. Apreende e interpreta os fenómenos na sua complexidade. SC1.3.3. Tem sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas. SC1.3.4. Analisa as questões de forma aprofundada e abrangente. SC1.3.5. Analisa, dissecar e conceptualiza os problemas e hierarquiza as causas que lhe deram origem. SC1.3.6. Ajuda a interpretar os fenómenos à luz dos instrumentos reguladores e conceptuais da profissão. SC1.3.7. Promove uma mudança positiva, monitorizando, recomendando, desafiando, pesquisando e desenvolvendo o espírito crítico do supervisando. SC1.3.8. Identifica e transmite os saberes tidos por fundamentais para o supervisando desenvolver competências de acordo com o seu projecto. SC1.3.9. Orienta e apoia o supervisando na pesquisa autónoma, no aprofundamento dos conhecimentos e no aproveitamento de casos tipo.

COMPETÊNCIA**SC2. GARANTE UMA INDUÇÃO E/OU TRANSIÇÃO SOCIOPROFISSIONAL SEGURA E A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS EM EPT E DPT****Descritivo**

Demonstra sentido de responsabilidade no acompanhamento dos processos de indução profissional e/ou assunção de novos papéis profissionais do supervisando, salvaguardando e garantindo uma prática profissional segura e a qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
SC2.1. Enquadra o exercício profissional do supervisando nos referenciais da profissão	SC2.1.1. Orienta o supervisando na adequação do seu projecto de aprendizagem aos referenciais da profissão. SC2.1.2. Acompanha e problematiza o exercício profissional do supervisando à luz do enquadramento profissional.

SC2.2. Garante uma autonomização gradual e segura do supervisando assistindo-o nesse processo	<p>SC2.2.1. Constitui-se referência e medeia a integração do supervisando na equipa multidisciplinar e na assunção do seu novo papel profissional.</p> <p>SC2.2.2. Reconhece, a cada momento, o nível de desenvolvimento profissional do supervisando.</p> <p>SC2.2.3. Discute e adequa com o supervisando, na medida do seu desenvolvimento, as melhores estratégias, o ritmo e a forma de assunção gradual de autonomia na tomada de decisão e no exercício profissional.</p> <p>SC2.2.4. Reflete e confirma o exercício profissional do supervisando dando feedback contínuo do seu progresso.</p> <p>SC2.2.5. Constitui-se numa referência profissional para o cliente, adequando o seu grau de intervenção junto deste em função da autonomia do supervisando.</p>
---	---

COMPETÊNCIA**SC3. PROMOVE UMA RELAÇÃO DE COLABORAÇÃO FAVORÁVEL AO DESENVOLVIMENTO****Descritivo**

Demonstra ser capaz de estabelecer e aprofundar uma relação de colaboração e de apoio, favorável à aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional de supervisando e supervisor.

Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
SC3.1. Estabelece uma comunicação eficaz	<p>SC3.1.1. Sabe: prestar atenção; escutar; compreender; comunicar verbal e não verbalmente; parafrasear; interpretar; cooperar; questionar; manifestar uma atitude de resposta adequada.</p> <p>SC3.1.2. Acede às opiniões e aos sentimentos do supervisando e exprime as suas próprias opiniões.</p>
SC3.2. Promove uma relação de colaboração num ambiente afectivo-relacional favorável	<p>SC3.2.1. Promove uma relação de entreajuda recíproca, autêntica e empática com o supervisando.</p> <p>SC3.2.2. Constitui-se como recurso para apoio e suporte em situações de dificuldade e stress pessoal e emocional, proporcionando segurança, confiança e bem-estar.</p>
SC3.3. Reconhece-se como aprendiz na relação de supervisão	<p>SC3.3.1. Encara a supervisão como oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento profissional.</p> <p>SC3.3.2. Reflete e autoavalia-se no seu papel de supervisor clínico.</p> <p>SC3.3.3. Consegue identificar as suas potencialidades e fragilidades enquanto supervisor.</p> <p>SC3.3.4. Toma medidas para superar as suas fragilidades e procura ajuda se necessário.</p> <p>SC3.3.5. Reconhece e aprofunda o valor epistemológico da supervisão.</p>